Aus dem Medizinischen Landesuntersuchungsamt Stuttgart
Direktor: Oberregierungs–Medizinaldirektor
Professor Dr. med. W. Steuer

Die stationäre Krankenversorgung der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu Finnland

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Theoretische Medizin)
der Eberhard–Karls–Universität
Tübingen

vorgelegt von
Heinz Jürgen Birus
aus Stuttgart

1980

Aus dem Medizinischen Landesuntersuchungsamt Stuttgart
Direktor: Oberregierungs–Medizinaldirektor
Professor Dr. med. W. Steuer

Die stationäre Krankenversorgung der Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu Finnland

INAUGURAL – DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Theoretische Medizin)
der Eberhard–Karls–Universität
Tübingen

vorgelegt von
Heinz Jürgen Birus
aus Stuttgart

1980

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan:	Professor Dr. med. H. Haselmann
1. Berichterstatter:	Oberreg.–Med.–Dir. Professor Dr. med. W. Steuer
2. Berichterstatter:	Professor Dr. med. K. Botzenhart

Gedruckt bei Fa. H.–J. Köhler, Reprografischer Betrieb, Vor dem Kreuzberg 25, 7400 Tübingen

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

		Seite
Einleitung		5
1.	Unterschiedliche Strukturverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland und Finnland	6
1.1	Einige Daten zur historischen Entwicklung des Gesundheitswesens in beiden Ländern	6
1.1.1	Allgemeine Voraussetzungen	6
1.1.2	Daten zur historischen Entwicklung	6
1.2	Daten zur Bevölkerungsstruktur	7
1.2.1	Geographische Verteilung der Bevölkerung	7
1.2.2	Entwicklung des Bevölkerungsalters	9
1.2.3	Entwicklung der absoluten Bevölkerungszahl	11
2.	Verhältnis von ambulanter zu stationärer Versorgung in der Bundesrepublik und in Finnland	12
3.	Aufbau des Krankenhauswesens in Finnland und der Bundesrepublik	15
3.1	Allgemeine organisatorische Strukturen	15
3.2	Einteilung der deutschen und finnischen Krankenhäuser nach Trägern	16
3.2.1	Allgemeine Einteilung in Finnland	16
3.2.2	Allgemeine Einteilung in der Bundesrepublik	17
3.3	Entwicklung der Krankenhausträger in der Statistik	18
3.3.1	Anteil der in öffentlichem Besitz befindlichen Krankenhäuser	18
3.3.2	Anteil der in öffentlichem Besitz befindlichen Betten	19
3.3.3	Anteil der in privatem Besitz befindlichen Krankenhäuser	20
3.3.4	Anteil der in privater Hand befindlichen Betten	21

Seite

3.3.5 Anteil der in freiem gemeinnützigen Besitz befindlichen Krankenhäuser und Betten in der Bundesrpeublik 24

3.4 Einteilung der deutschen und finnischen Krankenhäuser nach Typen 26

3.4.1 Gliederung der finnischen Krankenhaustypen 26

3.4.2 Allgemeinkrankenhäuser 28

3.4.3 Tuberkulosesanatorien 30

3.4.4 Psychiatrische Kliniken 31

3.4.5 Institutionskrankenhäuser 31

3.4.6 Gliederung der deutschen Krankenhaustypen 33

3.4.7 Allgemeinkrankenhäuser 34

3.4.8 Sonderkrankenhäuser 37

3.5 Entwicklung der Krankenhaustypen in der Statistik 39

3.5.1 Entwicklung nach Akut- und Sonderkrankenhäuser getrennt 39

3.5.2 Entwicklung von Akut- und Sonderhausbetten getrennt in der Bundesrepublik und Finnland von 1965 bis 1977 41

4. Finanzierung der stationären Versorgung in Finnland und der Bundesrepublik 43

4.1 An der Finanzierung beteiligte Institutionen 43

4.1.1 Deckung der Investitionskosten 43

4.1.2 Deckung der Unterhaltskosten 44

4.1.3 Planung der Krankenhausfinanzierung 47

4.2 Aktuelle Kostenentwicklung der Krankenhäuser 49

4.2.1 Entwicklung der Krankenhauskosten im Überblick 49

4.2.2 Entwicklung der Krankenhauspflegesätze 50

5. Kennziffern der stationäre Versorgung in Finnland und der Bundesrepublik 56

5.1 Krankenhaushäufigkeit 56

5.2 Geleistete Pflegetage 59

5.3 Durchschnittliche Verweildauer 62

5.4 Bettendichte 66

5.5 Personalschlüssel in Akutkrankenhäusern ...69

Seite

Zusammenfassung 72

Literaturverzeichnis 75

E I N L E I T U N G

Während eines 2-monatigen Aufenthalts in Finnland im Sommer 1977 hatte ich Gelegenheit, mir Unterlagen über das stationäre Versorgungssystem in Finnland zu verschaffen. Zudem war es möglich, als Famulant in finnischen Krankenhäusern diese in der Realität kennenzulernen.

Ziel dieser Arbeit ist es, das deutsche und finnische Krankenhauswesen zu vergleichen und anhand von statistischen Unterlagen Unterschiede aufzuzeigen. Die Intention dieser Arbeit ist nicht, das Krankenhauswesen Finnlands als Modellfall darzustellen, das auf das der Bundesrepublik Deutschland übertragbar wäre.

1. Unterschiedliche Strukturverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland und Finnland

1.1 Einige Daten zur historischen Entwicklung des Gesundheitswesens in beiden Ländern

1.1.1 Allgemeine Voraussetzungen

Der Ausbau des finnischen Gesundheitssystems und damit auch der stationären Versorgung unterlag einer anderen geschichtlichen Entwicklung als in der Bundesrepublik. Erst im Laufe der 60-iger Jahrewurde in Finnland das Krankenhaussystem, vor allem das der Akutkrankenhäuser entscheidend ausgebaut. 10) Vorher lag das finnische Gesundheitswesen in vielen Bereichen hinter seinen skandinavischen Nachbarn und der Bundesrepublik zurück. 10)

1.1.2 Daten zur historischen Entwicklung

In Finnland fielen 1962 auf einen berufstätigen Arzt 1 500 Einwohner, in der Bundesrepublik 697 Einwohner. Mit diesem Verhältnis lag Finnland noch, abgesehen von Albanien, in Europa mit Abstand an letzter Stelle. 1) Bis 1976 hat sich dieses Verhältnis in Finnland enorm verbessert. So standen 1976 669 Einwohnern 1 Arzt gegenüber bzw. auf 10 000 Einwohner kamen 15 Ärzte. 2) Damit hat Finnland Anschluß an das internationale Spitzenniveau erreicht. Besser lag allerdings die Bundesrepublik mit dem Verhältnis von 510 Einwohnern zu einem Arzt bzw. 19,1 Arzt auf 10 000 Einwohner. 3) Dies hängt auch mit dem großzügigen Ausbau der finnischen medizinischen Fakultäten zusammen. Während 1962 nur 2 Universitäten Medizinstudenten ausbilden konnten, sind es heute 5. 10)

Tab. 1 Berufstätige Ärzte/10 000 Einwohner in der Bundesrepublik und in Finnland

	Bundesrepublik	Finnland
1971	16,3	11,1
1972	16,8	11,8
1973	17,2	12,5
1974	18,2	13,3
1975	18,9	14,2
1976	19,1 43)	15,0 2)

Ähnlich sind die Verhältnisse, wenn man z.B. die Bettenzahlen in Allgemeinkrankenhäusern/10 000 Einwohner vergleicht. 1965 standen in Finnland 10 000 Einwohnern 50,0 Akutbetten zur Verfügung. 6) 1977 waren es bereits 71,0 Betten. 45) Im Vergleich dazu war in der Bundesrepublik das Bettenverhältnis in Akutkrankenhäusern auf 10 000 Einwohner 71,0 im Jahre 1965. 7) 1977 standen an Akutbetten 79,5 zur Verfügung. 46)

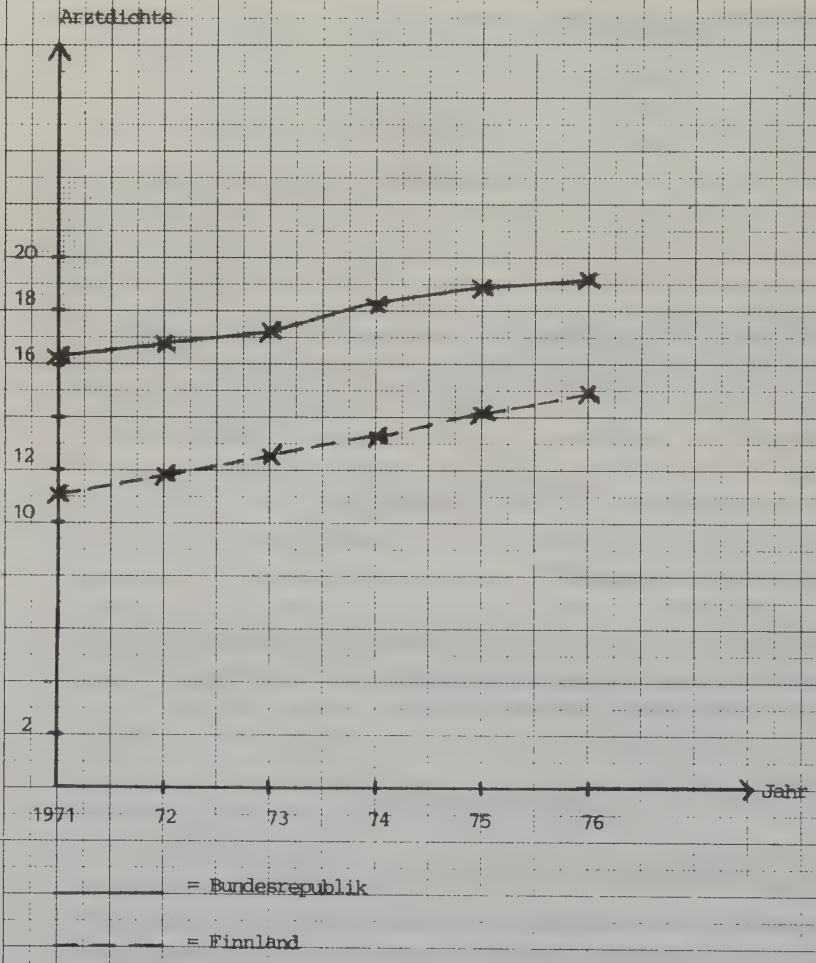
Ein Vergleich des stationären Versorgungssystems beider Länder muß demnach die unterschiedlichen historischen Entwicklungsbedingungen berücksichtigen.

1.2 Daten zur Bevölkerungsstruktur

1.2.1 Geographische Verteilung der Bevölkerung

Finnland ist im Vergleich zur Bundesrepublik ein sehr bevölkerungsarmes Land. Es hatte 1976 mit 4,7 Millionen Einwohnern 9) weit weniger Einwohner als die Bundesrepublik mit 61,5 Millionen. 4) Die Gesamtfläche Finnlands beträgt 337 000 km^2, 9) die der Bundesrepublik 248 000 km^2. 4) Dementsprechend unterschiedlich sind die Einwohnerdichten. Sie beträgt für Finnland durchschnittlich 15,5 Einwohner/km^2

Abb. 1 Berufstätige Ärzte/10 000 Einwohner in der Bundesrepublik und in Finnland in der Entwicklung von 1971 bis 1976



im Jahre 1976 9), in der Bundesrepublik 247 Einwohner/km^2. 4) Allerdings variiert in Finnland die Bevölkerungsdichte weit mehr als in der Bundesrepublik. So ist Südfinnland die bevölkerungsreichste Region mit 46,1 Einwohnern/km^2. In Mittel- und Ostfinnland leben im Durchschnitt 13,3 und im bevölkerungsarmen Norden nur 4 Einwohner auf 1 km^2. 9) Abgesehen von den Stadtstaaten in der Bundesrepublik schwankt die Bevölkerungsdichte nicht in dem Maße wie in Finnland. So hat Bayern mit 149 die niedrigste und Nordrhein-Westfalen mit 497 Einwohnern/km^2 die höchste Bevölkerungsdichte. 4) Die unterschiedliche Bevölkerungsstruktur ist für den organisatorischen Aufbau des Krankenhauswesens beider Länder von Bedeutung.

1.2.2 Entwicklung des Bevölkerungsalters

Die Altersstruktur in der Bevölkerung eines Landes setzt besondere Akzente in der Beanspruchung der verschiedenen Institutionen der Gesundheitsversorgung.

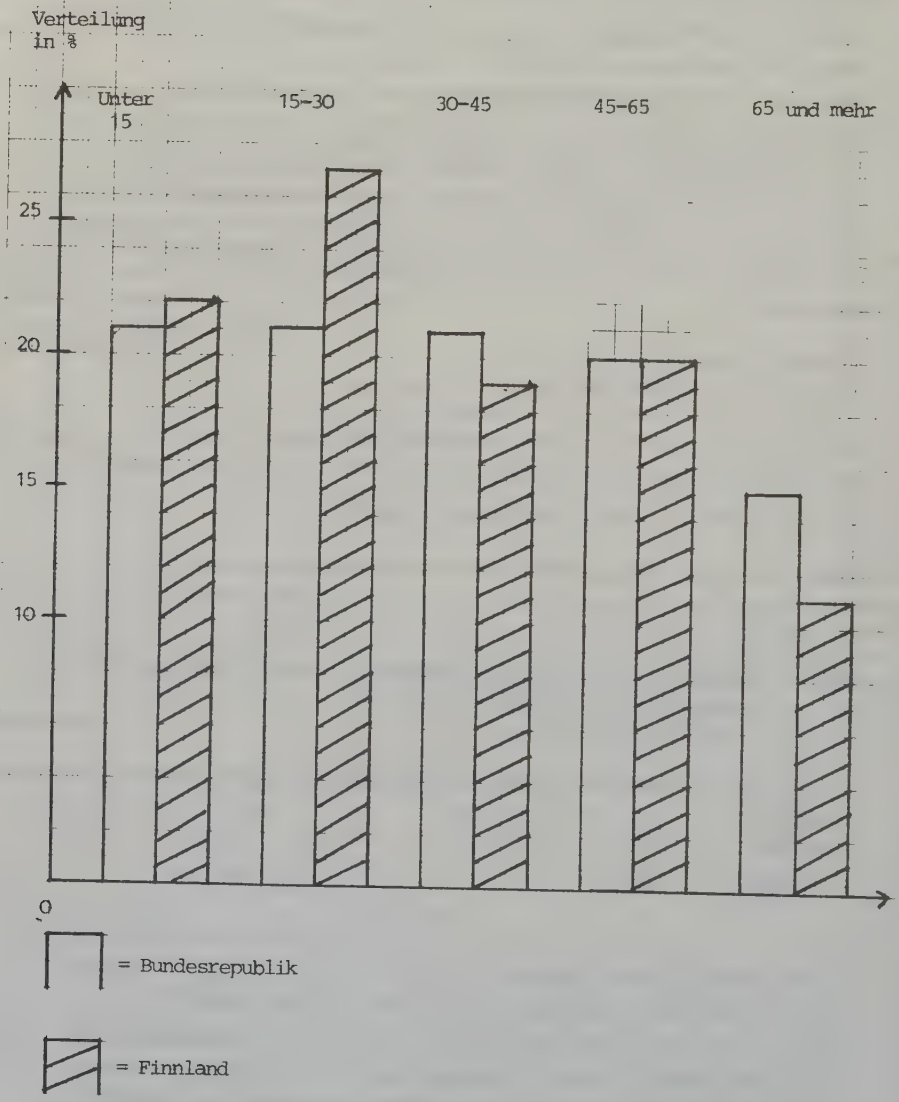
Ein Vergleich der Altersstruktur beider Länder zeigt, daß der Anteil der über 65-jährigen in Finnland geringer ist.

Tab. 2 Altersanteil an der Gesamtbevölkerung in der Bundesrepublik und Finnland 1975. 4)

	Unter 15	15-30	30-45	45-65	65 und mehr
Bundesrepublik	21	21	21	22	15
Finnland	22	27	19	22	11

In der Bevölkerung zwischen 15 und 30 Jahren ist der Anteil in Finnland mit 6 % höher als in der Bundesrepublik, in der Altersklasse der über 65-jährigen um 4 % geringer. Der geringere Anteil dieser Altersgruppe in Finnland wird wohl durch die niedrigere Lebenserwartung bedingt. Die Männer haben in Finnland 1975 eine durchschnittliche Lebenserwar-

Abb. 2 Bevölkerung nach dem Alter in der Bundesrepublik und Finnland im Jahre 1975



tung von 65,9 Jahren, die Frauen eine von 74,0 Jahren. 10) In der Bundesrepublik hatten 1975 die Männer eine durchschnittliche Lebenserwartung 68,04, die Frauen eine von 74,5 Jahren. 4)

Von der Altersstruktur ist von daher eine stärkere Inanspruchnahme der stationären Versorgung in der Bundesrepublik zu erwarten als in Finnland.

1.2.3 Entwicklung der absoluten Bevölkerungszahl

Die Entwicklung der absoluten Bevölkerungszahl unterscheidet sich in beiden Ländern gerade in jüngster Zeit. Während in den 60-iger Jahren die Bevölkerung in beiden Ländern zugenommen hat, so ist in der Bundesrepublik seit 1973 ein leichtes Zurückgehen zu beobachten, in Finnland dagegen ein leichtes Zunehmen.

Tab. 3 Entwicklung der Bevölkerungszahlen in der Bundesrepublik und in Finnland

	Bundesrepublik	Finnland
1960	55,4	4,4 6)
1970	60,6	4,6 6)
1973	61,9	4,6 6)
1976	61,5 4)	4,7 9)

Der Zuwachs der Bevölkerung geht auch auf die verschiedenen Geburtenziffern zurück. In Finnland wurden 1973 bezogen auf 1 000 Einwohner 12,2 Kinder geboren, 10), 1976 14,0. 9) Das entspricht einer Zunahme der Geburtenziffer in diesem Zeitraum von 15 %. Für die Bundesrepublik war die Geburtenziffer 1973 noch 10,3, im Jahre 1976 war sie bis auf 9,8 gesunken, das entspricht einer Abnahme von ca. 5 %. 4) Zusammenfassend kann man sagen, daß die Alterspyramide in Finnland zugunsten der jüngeren Jahrgänge, mehr als in der Bundesrepublik, verschoben ist.

2. Verhältnis von ambulanter zu stationärer Versorgung in der Bundesrepublik und in Finnland

Um das Funktionieren zwischen ambulanter und stationärer Versorung und deren Auswirkung auf die Krankenhäuser zu verstehen, ist es notwendig, die ambulante Versorung in beiden Ländern zu skizzieren.

In der Bundesrepublik sind ambulanter und stationärer Bereich weitgehend voneinander getrennt. Die ambulante Versorgung der Bevölkerung tragen 2 Institutionen:

- Polikliniken der Universitätskrankenhäuser

- Frei praktizierende Kassenärzte 3)

Zum geringen Teil gewährleisten die Polikliniken der Universitätskrankenhäuser ambulante Versorgung. Sie nehmen größtenteils Patienten entgegen, die später in die Universitätskliniken aufgenommen werden können. Polikliniken in den anderen Krankenhäusern existieren in der Bundesrepublik nicht. 3)

Den größten Teil der ambulanten Versorgung leisten die Kassenärzte. Sie entscheiden darüber, ob ein Patient in ein Krankenhaus eingewiesen werden soll. Sie haben praktisch die alleinige Verantwortung auf dem ambulanten Sektor für die ärztlichen Dienstleistungen. 3) Ihnen stehen die Krankenhäuser als Träger der stationären Versorgung gegenüber. Sie haben eine andere Verantwortlichkeitsstruktur als der ambulante Bereich.

In Finnland sind ambulanter und stationärer Bereich nicht in dem Maße voneinander getrennt wie in der Bundesrepublik, sondern zum größten Teil durch dieselben Träger vermittelt. 3 Institutionen sind in Finnland an der ambulanten Versorgung beteiligt:

- Polikliniken in Krankenhäusern

- Gesundheitszentren
- Frei praktizierende Privatärzte

Den zweitgrößten Teil der ambulanten Versorgung nehmen die Polikliniken in und außerhalb der Krankenhäuser wahr. In Finnland muß jedes Krankenhaus über eine Poliklinik verfügen. 11) Diese ist entsprechend dem Leistungsstandard des Krankenhauses spezialisiert. Die dort tätigen Ärzte haben die Verantwortung, im Rahmen der Ambulanz ihre Sprechstunden abzuhalten und sind zum großen Teil auch mit der stationären Versorgung beauftragt. 10) Ein Patient, der ins Krankenhaus aufgenommen wird, wird außer in Notfällen zuerst die Poliklinik durchlaufen. Jede Voruntersuchung wird mit den Geräten des Krankenhauses durchgeführt. Dadurch werden kostenaufwendige Zweituntersuchungen gespart. Die Aufnahme des Patienten erfolgt in Finnland in Absprache mit den betreffenden Stationsärzten, um zum einen Überbelegungen zu verhindern und zum anderen unnötigen stationären Behandlungen vorzubeugen.

Der zweite Träger der ambulanten Versorgung in Finnland sind die Gesundheitszentren. Sie nehmen den größten Teil der ambulanten Versorgung wahr. Sie setzen sich aus einem stationären Bereich (Bettenabteilungen mit ca. 90 Betten) und aus einem ambulanten Bereich zusammen. Außer Gruppenpraxen mit in der Regel 4 Ärzten und 3 Zahnärzten verfügen sie über Einrichtungen der Präventivmedizin wie z.B. Mütterfürsorge und Labor. 10) 12) Ihre Bedeutung für die Primärversorgung sowohl auf ambulantem als auch auf stationärem Gebiet nimmt seit ihrer Einführung 1972 ständig zu. Auch auf dieser Ebene ist eine Koordination zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gewährleistet: leicht zu behandelnde Fälle werden im gegebenen Falle stationär aufgenommen. Ein Teil der dort arbeitenden Ärzte sind entweder Privatärzte, die die ganze Zeit tätig sind oder Krankenhausärzte, die neben ihrer Tätigkeit im Krankenhaus in den Gesundheitszentren arbeiten. Am ehesten lassen sie sich mit den Gemein-

schaftspraxen in der Bundesrepublik vergleichen; diese sind allerdings nur ambulant tätig.

Die frei praktizierenden Ärzte spielen im Gegensatz zu denen der Bundesrepublik eine untergeordnete Rolle. Sie betreiben in einer Art Gemeinschaftspraxis 50 der 240 Gesundheitszentren, in denen sie stationär behandeln können.

Prozentual gesehen machten 1974 in Finnland die ambulanten Sprechstundenbesuche in den Polikliniken 16 %, in den Gesundheitszentren 70 %, und in den privaten Praxen nur 14 % aus. 13) Nach einer Mikrozensusuntersuchung kranker Personen unter ambulanter ärztlicher Behandlung waren 1974 92,5 % in Behandlung bei einem frei niedergelassenen Allgemein- oder Facharzt; nur 0,7 % in Krankenhausambulanz. 6,8 % der Patienten waren gleichzeitig unter Allgemein- oder Facharzt und Krankenhausambulanzbehandlung. 14)

Diese Zahlen zeigen, daß die frei niedergelassenen Ärzte in der Bundesrepublik eine weit größere Bedeutung in der ambulanten Versorgung haben als in Finnland. Ebenso spielt die Krankenhausambulanz in der Bundesrepublik im Vergleich der zu Finnland eine weit geringere Rolle.

3. Aufbau des Krankenhauswesens in Finnland und der Bundesrepublik

3.1 Allgemeine organisatorische Strukturen

Um die später verwendeten Begriffe besser zu verstehen, ist es notwendig, die am Krankenhauswesen beider Länder beteiligten Institutionen kurz zu erläutern.

Wie die Bundesrepublik hat Finnland ein gewähltes Parlament, das die Regierung bildet und dessen Aufgabe es ist, das Kabinett zu stellen. Diesem unterstehen in beiden Ländern die verschiedenen Ministerien: in der Bundesrepublik ist die stationäre Versorgung unter der Obhut des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung 42), in Finnland unter der des Ministeriums für Gesundheit und Sozialwesen. 15)

Für die allgemeine Staatsverwaltung ist Finnland in 12 Provinzen eingeteilt mit einer jeweiligen Provinzregierung. Mit diesen Provinzen sind die 11 Bundesländer der Bundesrepublik zu vergleichen. Der Unterschied besteht darin, daß die finnischen Provinzen mit dem Krankenhauswesen nicht unmittelbar in Verbindung stehen, in der Bundesrepublik aber die einzelnen Bundesländer einschneidend z.B. durch Landesbedarfspläne, in das Krankenhauswesen eingreifen. Als unterste Gebietseinheit fungieren in Finnland die Kommunen. 10) Sie entsprechen etwa den Gemeinden in den Bundesländern. Jedoch sind die bundesdeutschen Gemeinden nicht in dem Maße an der stationären Versorgung beteiligt wie in Finnland.

Eine für Finnland typische Einrichtung sind die Kommunenverbände, zu denen sich die Mehrzahl der Kommunen zusammengeschlossen haben. 11) Infolge der geringen Größe der Kommunen ist es praktisch nur eine (die Stadt Helsinki), die ihre gesetzlichen Aufgaben in der stationären Versorgung wahrnehmen kann. 10) Deshalb können Kommunen nur als Kommunenverbände alle größeren Krankenhäuser versorgen. Auch in der Bundes-

republik existieren Gemeindeverbände (Landkreise, Landschaftsverbände). 17)

Die finnischen Kommunen bzw. Kommunenverbände besitzen verwaltungsmäßig und ökonomisch eine relativ große Autonomie; sie haben z.B. das Recht, einen geringen Prozentsatz des Einkommens ihrer Bewohner zu besteuern, womit u.a. die Krankenhausfinanzierung betrieben wird. 10)

3.2 Einteilung der deutschen und finnischen Krankenhäuser nach Trägern

3.2.1 Allgemeine Einteilung in Finnland

Das finnische Krankenhauswesen ist nach Trägern im Unterschied zum deutschen dreigliedrigen nur zweigliedrig: öffentliche Krankenhäuser, d.h. vom Staat und Kommunen getragene und private Krankenhäuser. In den offiziellen Statistiken werden 4 verschiedene Krankenhaustypen aufgeführt.

Krankenhaustypen:

- Allgemeinkrankenhäuser
- Tuberkulosekrankenhäuser
- Psychiatrische Kliniken
- Krankenhäuser von Institutionen.

Vor 1965 war noch der Hauptanteil der Allgemeinkrankenhäuser in Staatsbesitz, während die Psychiatrischen Kliniken und Tbc-Krankenhäuser bereits den Kommunen gehörten. 18) Nach dem Gesetz von 1965 wurden die Kreiskrankenhäuser in Besitz und Organisation den Kommunen überführt. 18) 1974 gehörte der größte Teil aller Krankenhäuser den Kommunen (Stadt-, Landkommunen bzw. Kommunenverbände). 18) Nur die Krankenhäuser von Institutionen haben einen größeren Anteil in Staatsbesitz als die anderen Krankenhaustypen. 19) Im Unterschied zur Bundesrepublik, wo die Universitätskrankenhäuser dem

Staate gehören, werden die finnischen Universitätskliniken von eigens dafür gebildeten Kommunenverbänden getragen. 19)

Ein kleiner Teil der finnischen Krankenhäuser wird von Privatpersonen, größtenteils Ärzte, betrieben. Sie werden in der gleichen Weise unterstützt wie die Krankenhäuser in Staats- bzw. Kommunenbesitz, spielen jedoch nur eine untergeordnete Rolle.

3.2.2 Allgemeine Einteilung in der Bundesrepublik

Im Gegensatz zum einheitlich und übersichtlich erscheinenden finnischen ist das deutsche Krankenhauswesen heterogener und stark differenziert. 20) Je nach dem Besitzer unterscheidet man "öffentliche", "freie gemeinnützige" und "private" Krankenhäuser. 4) In den offiziellen Statistiken sind 2 Krankenhaustypen aufgeführt:

- Akutkrankenhäuser
- Sonderkrankenhäuser. 4)

Die öffentlichen Krankenhäuser der Bundesrepublik werden von der öffentlichen Hand betrieben. 43) Dazu gehören Gemeinden, Gemeindeverbände (Landkreise, Landschaftsverbände), Länder. Verschiedene Sozialversicherungen, öffentlich-rechtliche Versicherungsträger (Bundesversicherungsanstalt oder Landesversicherungsanstalt) stellen dabei den geringsten Anteil. 21) Die öffentlichen Krankenhäuser sind etwa mit den von Staat und Kommunen verwalteten Krankenhäusern in Finnland zu vergleichen.

Die nächstgrößte Gruppe sind die freien gemeinnützigen Krankenastalten. 43) Sie haben als Träger Kirchengemeinden, karitative Vereinigungen, freie gemeinnützige Vereine, Verbände und Stiftungen. 21) Diese Krankenhausgruppe hat in Finnland keine Entsprechung. Zwar gibt es kleine Gruppen von Personen, die aus religiöser Motivation in Kranken-

häusern tätig sind, zu selbständigen Trägern wie in der Bundesrepublik haben sie sich jedoch nicht entwickeln können.

Die kleinste Gruppe stellen die Privatkrankenhäuser, die sich im Besitz von Ärzten und Privatpersonen befinden, ebenso wie in Finnland.

3.3 Entwicklung der Krankenhausträger in der Statistik

3.3.1 Anteil der in öffentlichem Besitz befindlichen Krankenhäuser

Tab. 4

	In %		Anzahl			
	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik		Finnland	
			Insges.	Öffentl.	Insges.	Öffentl.
1965	37,4	91,2	3619 [22]	1354 [22]	777 [6]	709 [6]
1970	37,2	92,4	3587	1337	766 [42]	708 [42]
1972	37,5	92,3	3519	1322	746	689
1974	37,4	92,3	3483 [4]	1309 [4]	719	664
1976	37,0	94,6	3436 [3]	1271 [3]	700 [2]	630 [2]
1977	36,8	93,1	3416 [46]	1258 [46]	689 [45]	641 [45]

1977 besaß in Finnland die öffentliche Hand d.h. Staat und Kommunen zusammen, von 689 Krankenhäusern 641 d.h. 93,1 %. 1965 waren 91,2 % aller Krankenhäuser in öffentlichem Besitz.

In der Bundesrepublik dagegen war 1977 der Anteil der öffentlichen Hand weit geringer, nämlich 36,8 aller Krankenhäuser bzw. 1258 von 3416. 1965 war der Anteil der öffentlichen Hand an allen Krankenhäusern mit 37,4 fast genau so groß gewesen.

Die Zusammenstellung macht deutlich, daß sich der Anteil der öffentlichen Hand an den Krankenhäusern sowohl in Finnland als auch in der Bundesrepublik nur unwesentlich verändert hat. Die öffentlichen Krankenhäuser haben in der Bundesrepublik 1977 fast den gleichen Stand erreicht wie 1965, in Finnland haben Staat und Kommunen ihren Anteil von 1965 bis 1977 um 19 % ausgebaut.

Anzahl der Krankenhäuser und Anzahl der Betten der öffentlichen Krankenhäuser sind in beiden Ländern nicht identisch, jedoch klafft in der Bundesrepublik die Bettenzahl und Krankenhauszahl bei den öffentlichen Krankenhäusern bedeutend weiter auseinander als in Finnland, wie nachstehende Tabelle im Vergleich mit Tabelle 4 zeigt.

3.3.2 Anteil der in öffentlichem Besitz befindlichen Betten

Tab. 5

	In %		Anzahl			
	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik		Finnland	
			Insges.	öffentl.	Insges.	öffentl.
1965	55,2	92,1	631447	348364	61723 6)	56848 6)
1970	54,6	93,3	683254	373137	69376 49)	64731 49)
1972	54,4	93,5	701263	381315	69653	65121
1974	54,1	93,3	716530	387590	70301	65601
1976	52,8	95,7	726846 2)	383674 2)	72366 2)	67500 2)
1977	52,6	93,3	722953 46)	380083 46)	72547 45)	69532 45)

1965 waren in der Bundesrepublik von insgesamt 631447 55,2 %, d.h. 348364 öffentlich gewesen. In Finnland waren von 61723 Betten insgesamt 56848, d.h 92,1 % öffentlich. Bis 1977 fiel der Anteil der öffentlichen Betten in der Bundesrepublik auf 52,6 %, während er in Finnland auf 93,3 % stieg. Außerdem

macht die Tabelle 4 im Vergleich mit Tabelle 5 deutlich, daß in Finnland Staat und Kommunen prozentual fast ebenso viele Betten besaßen wie Krankenhäuser: 1977 gehörten ihnen 93,3 % Betten und 93,1 % Krankenhäuser. Demgegenüber weisen die Betten der öffentlichen Krankenhäuser in der Bundesrepublik die entgegengesetzte Tendenz auf. Ihr Anteil am Gesamtbettenangebot nahm von 1965 bis 1977 um 2,6 % ab, um fast den gleichen Prozentsatz wie in Finnland zu. Jedoch klafft der prozentuale Anteil der öffentlichen Krankenhäuser und Betten in der Bundesrepublik mit 15,8 % 1977 deutlich weiter auseinander als mit 0,2 % in Finnland. Außerdem weisen beide Tabellen nach, daß das finnische Krankenhauswesen ein öffentliches, von Staat und Kommunen verwaltetes, ist und in der Bundesrepublik die öffentlichen Krankenhäuser nur gut die Hälfte aller Krankenhausbetten besitzen.

3.3.3 Anteil der in privatem Besitz befindlichen Krankenhäuser

Tab. 6

	In %		Anzahl			
	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik		Finnland	
			Insges.	Privat	Insges.	Privat
1965	27,0	8,8	3619	977	777	68
1970	27,3	7,6	3587	980	766 4)	58 4)
1972	27,2	7,7	3519	958	746	57
1974	28,0	7,7	3483	974	719 1)	55 1)
1976	29,4	4,7	3436 3)	1006 3)	700 2)	50 2)
1977	29,8	6,9	3416 46)	1017 46)	689 45)	48 45)

Die Zusammenstellung zeigt, daß die Entwicklung der Privatkrankenhäuser in der Bundesrepublik die entgegengesetzte Tendenz aufweist als die in Finnland. Ihr Anteil ist in der Bundesrepublik kontinuierlich in diesem Zeitraum gestiegen,

in Finnland dagegen um 1,9 % gesunken.

Im Zeitraum zwischen 1972 bis 1977 stiegen in der Bundesrepublik die Privatkrankenhäuser um 2,6%. In Finnland ist im gleichen Zeitraum der Anteil um 0,8 % gesunken und wird sich, wie man mir versicherte, in Zukunft nicht mehr wesentlich verändern. Man kann auf die Privatkrankenhäuser zum größten Teil nicht verzichten, weil sie spezialisiert sind und ihre Abschaffung eine Beeinträchtigung der Qualität der stationären Versorgung in Finnland bedeuten würde. 2)

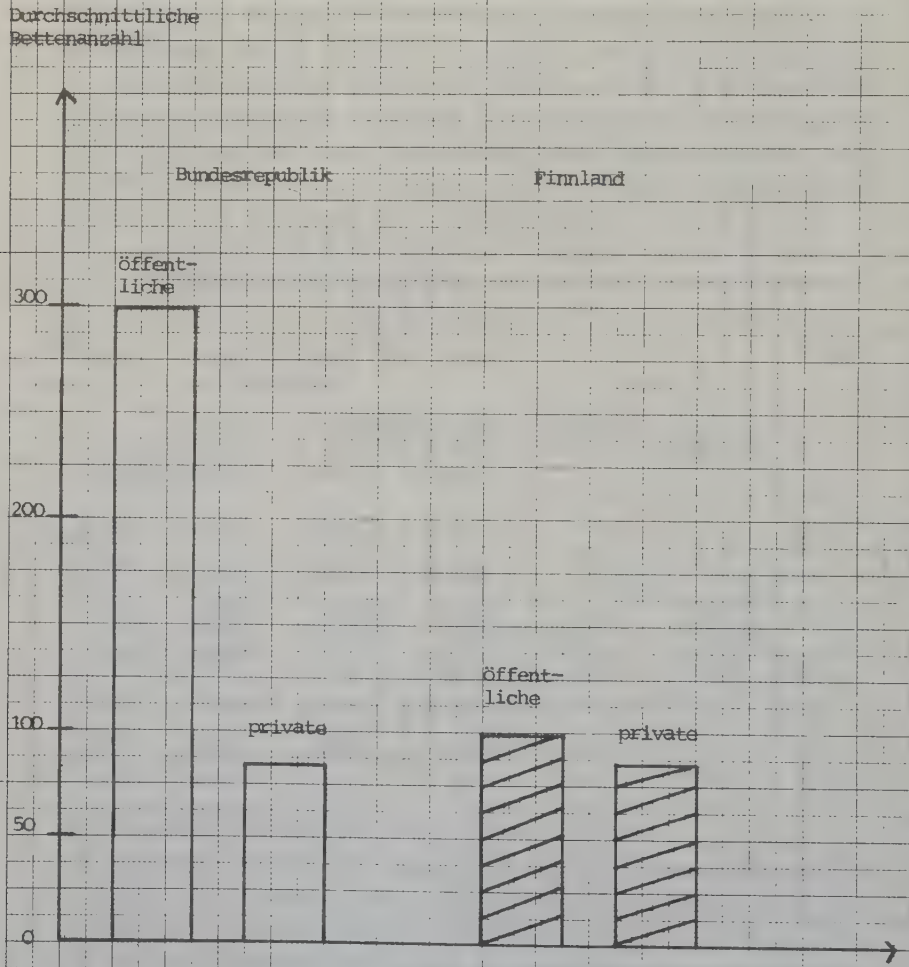
3.3.4 Anteil der in privater Hand befindlichen Betten

Tab. 7

	In %		Anzahl			
	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik		Finnland	
			Insges.	Privat	Insges.	Privat
1965	8,3	7,9	631447	52296	61723 6)	4875 6)
1970	8,9	6,7	683254	60760	69376 42)	4645 42)
1972	9,3	6,5	701263	64946	69653	4526
1974	10,5	6,7	716530	74991	70301	4700
1976	11,9	4,7	726846 8)	86801 8)	72366 2)	4866 2)
1977	12,2	6,7	722953 44)	87867 46)	72547 45)	3015 45)

Die Tabelle 7 im Vergleich mit Tabelle 6 läßt erkennen, daß in der Bundesrepublik die Anzahl der Betten und die Anzahl der Krankenhäuser in privater Hand noch weiter auseinanderklaffen als bei den öffentlichen Krankenhäusern, und zwar im umgekehrten Verhältnis. So besaß die öffentliche Hand 1977 15,8 % mehr Betten als Krankenhäuser, die private Hand 17,6 % weniger Betten als Krankenhäuser. Dieses Zahlenverhältnis deutet darauf hin, daß die deutschen Privatkrankenhäuser im Durchschnitt viel weniger Betten haben als die öffentlichen

Abb. 3 Durchschnittliche Bettenanzahl der privaten und öffentlichen Krankenhäuser in der Bundesrepublik und Finnland im Jahre 1975



Krankenhäuser. So verfügten 1975 die öffentlichen Krankenhäuser in der Bundesrepublik über durchschnittlich 296 Betten, die Privatkrankenhäuser dagegen nur über 83,2, also um 212 Betten weniger. 22) Zu den Krankenhäusern der Größenklasse unter 200 zählten sogar 90,9 % aller Privatkrankenhäuser, dagegen nur 54,3 % öffentliche Krankenhäuser. 22) In Finnland hatten die Privatkrankenhäuser eine durchschnittliche Größe von 85,4 Betten, die öffentlichen Krankenhäuser 98,7 Betten (vgl. Abb. 3). 19) Im Gegensatz zu den deutschen Krankenhäusern haben die finnischen privaten und öffentlichen Krankenhäuser fast die gleiche Durchschnittsgröße (s.S. 22). Zudem ist die Anzahl der in privater Hand befindlichen Krankenhäuser und Betten in Finnland identisch.

In der Bundesrepublik ist in den Jahren 1965 bis 1976 die Zahl der Privatbetten um 66 % gestiegen und hatte damit die mit Abstand höchste Zuwachsrate (öffentliche 10 %, gemeinnützige 10 %). 22) 8) In Finnland hat von 1965 bis 1977 die Bettenanzahl in privater Hand um 1,2 % abgenommen.

Die dritte Gruppe der Krankenhausbesitzer, die freien gemeinnützigen Krankenhäuser, haben in Finnland keine Entsprechung. Sie gehören zum großen Teil religiös orientierten Gruppen und haben großen Anteil an der geschichtlich gewachsenen und heterogenen Form des deutschen Krankenhauswesens.

3.3.5 Anteil der in freiem gemeinnützigen Besitz befindlichen Krankenhäuser

Tab. 8

	Anzahl		In %		
	Gemeinn.	Insges.	Gemeinn.	Öffentl.	Privat
1965	1288	3619	35,5	37,4	27,1
1970	1270	3587	35,4	37,2	27,4
1972	1239	3519	35,2	37,5	27,3
1974	1200	3483	34,4	37,4	28,2
1975	1187	3481	34,0	37,2	28,8
1976	1159 8)	3436 8)	33,6	37,0	29,4
1977	1141 46)	3416 46)	33,4	36,8	29,8

Anteil der in freiem gemeinnützigen Besitz befindlichen Betten

Tab. 9

	Anzahl		In %		
	Gemeinn.	Insges.	Gemeinn.	Öffentl.	Privat
1965	230787	631447	36,5	55,2	8,3
1970	249357	683254	36,5	54,6	8,9
1972	255002	701263	36,4	54,4	9,3
1974	253949	716530	35,4	54,1	10,5
1975	257365	729791	35,3	53,4	11,4
1976	256371 8)	726846 8)	35,3	52,8	11,9
1977	255003 46)	722953 46)	35,3	52,6	12,2

Abb. 4 Anteil der Träger an den Krankenhausbetten in der Bundesrepublik und Finnland 1977

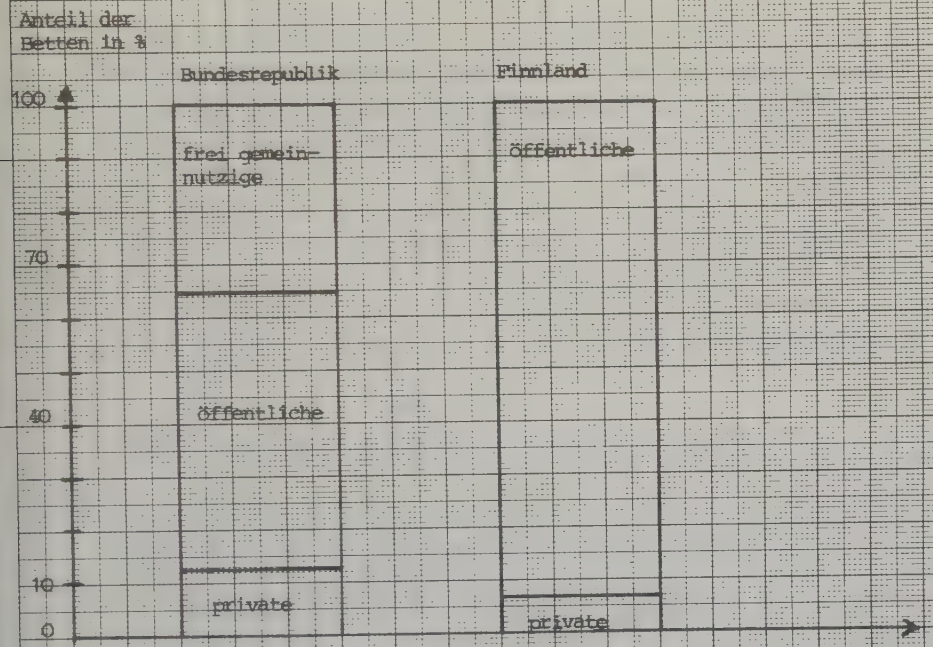
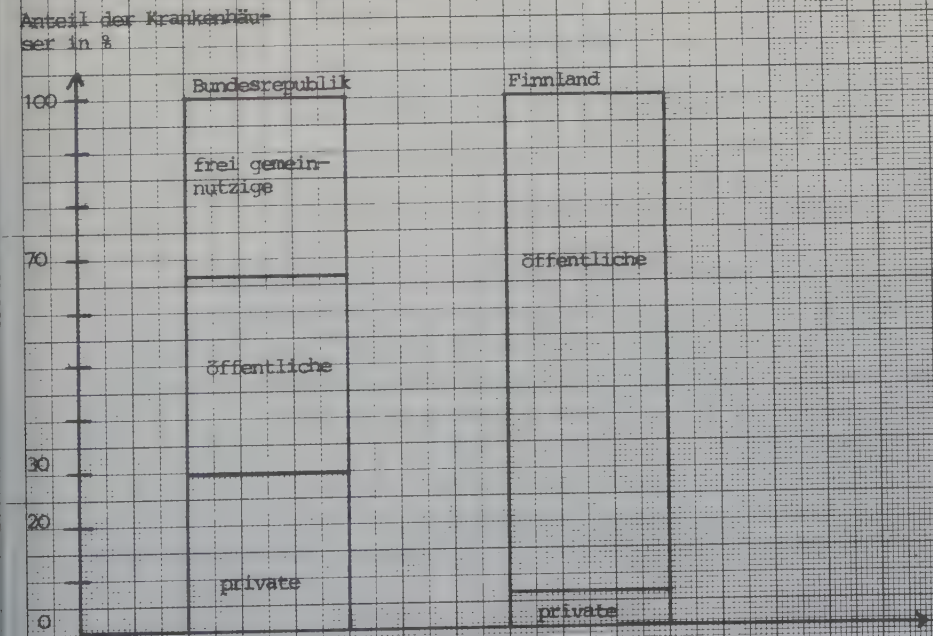


Abb. 5 Anteil der Träger an den Krankenhäusern in der Bundesrepublik und Finnland 1977



Die beiden Tabellen zeigen, daß bei den Krankenhäusern in gemeinnütziger Hand Anzahl der Krankenhäuser und Betten sich im Gegensatz zu den öffentlichen und privaten fast decken. So waren 1977 33,4 % aller Krankenhäuser gemeinnützige und ihr Bettenanteil betrug 35,3 %. Er ging von 1965 bis 1977 um 1,2 % zurück, ebenso wie die öffentlichen Krankenhäuser. Die Übersicht macht deutlich, daß diese Verschiebung zugunsten der Privatträger ging, die ihren Anteil sowohl bei den Krankenhäusern als auch bei den Betten auf Kosten der gemeinnützigen und öffentlichen Krankenhäuser ausbauen konnten.

3.4 Einteilung der deutschen und finnischen Krankenhäuser nach Typen

3.4.1 Gliederung der finnischen Krankenhaustypen

Wie bereits kurz erwähnt, werden die finnischen Krankenhäuser in den offiziellen Statistiken als 4 verschiedene Typen aufgeführt; wobei die 3 letzteren Sonderkrankenhäuser sind.

- Yleissairaalat (Allgemeinkrankenhäuser)
- Mielissairaalat (Psychiatrische Kliniken)
- Tuberkuloosilaitokset (Tuberkulosesanatorien) 18)
- Laitosairaalat (Krankenhäuser von Institutionen) 6)

Letztere unterstehen dem Ministerium für Sozialwesen, die ersten drei aufgeführten dem Ministerium für Gesundheit. Deswegen wird zwischen diesen beiden Gruppen genau unterschieden, z.B. erscheinen die Statistiken und Entwicklungen der ersten drei Typen in einer eigenen Zeitschrift (Sairaalaliitto).

Die verschiedenen Krankenhaustypen sind mit der Betreuung unterschiedlicher Aufgaben beauftragt, wobei die Allgemeinkranken-

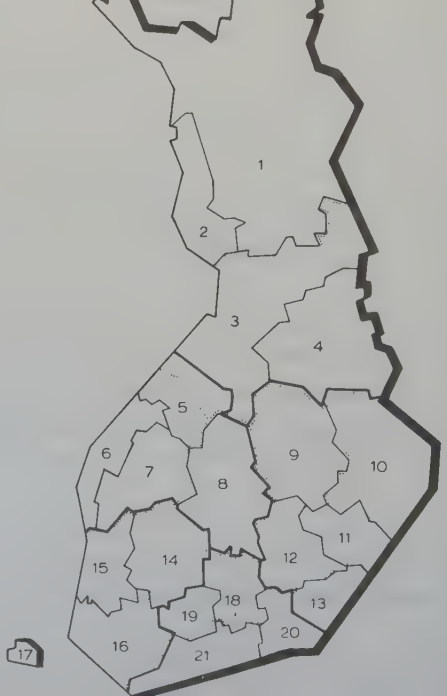
häuser, die Tuberkulosesanatorien und die Psychiatrischen Kliniken eigens dafür gebildete Territorien versorgen, die Institutionskrankenhäuser jedoch keine derartige Gliederung aufweisen.

3.4.2 Allgemeinkrankenhäuser

Die finnischen Krankenhaustypen sind durch eine hinsichtlich ihrer regionalen Verteilung und Leistungsfähigkeit genau geplanten Einteilung gekennzeichnet.

Als Beispiel für eine abgestufte Leistungsfähigkeit im Rahmen der Akutversorgung der Bevölkerung sind die Allgemeinkrankenhäuser anzusehen, die zusammen mit den Bettenabteilungen der Gesundheitszentren 4 Stufen umfassen. Durch ein Gesetz von 1967 wurde Finnland von 21 Allgemeinkrankenhausdistrikten eingeteilt, wobei jeder Distrikt ein Allgemeinkrankenhaus besitzt. 6) Aufgrund der schon erwähnten unterschiedlichen Bevölkerungsdichte variieren die Zentraldistrikte sehr stark in ihrer Größe. 15) Dementsprechend variiert die Bettenanzahl der Zentralkrankenhäuser: das kleinste Zentralkrankenhaus hat 200 Betten, das größte 3 300.

Abb. 6



Kuvio 6.1.1 Keskussairaalapiirit sairaanhoitoalueittain vuoden 1970 lopussa
Fig. 6.1.1 Centralsjukhusdistrikten enligt sjukvårdsområde i slutet av år 1970
Fig. 6.1.1 Central hospital districts by hospital region at the end of the year 1970

——— Sairaanhoitoalue — Sjukvårdsområde — *Hospital region*
— — Keskussairaalapiiri — Centralsjukhusdistrikt — *Central hospital district*
····· Lääni — Län — *Province*

I. Pohjois-Suomen sairaanhoitoalue — Norra Finlands sjukvårdsområde — *Hospital region of Northern Finland*
1 Lapin — Lapplands
2 Kemin — Kemi
3 Oulun yliopistollinen — Uleåborgs universitets
4 Kainuun — Kajnuu
II. Länsi-Suomen sairaanhoitoalue — Västra Finlands sjukvårdsområde *Hospital region of Western Finland*
5 Keski-Pohjanmaan — Mellersta Österbottens
6 Vaasan — Vasa
7 Seinäjoen — Seinäjoki
8 Keski-Suomen — Mellersta Finlands
III. Itä-Suomen sairaanhoitoalue — Östra Finlands sjukvårdsområde *Hospital region of Eastern Finland*
9 Kuopion — Kuopio
10 Pohjois-Karjalan — Norra Karelens
11 Savonlinnan — Nyslotts
12 Mikkelin — S:t Michels
13 Etelä-Saimaan — Södra Saimens
IV. Lounais-Suomen sairaanhoitoalue — Sydvästra Finlands sjukvårdsområde — *Hospital region of South-Western Finland*
14 Tampereen — Tammerfors
15 Satakunnan — Satakunta
16 Turun yliopistollinen — Åbo universitets
17 Ålands — Ahvenanmaan
V. Etelä-Suomen sairaanhoitoalue — Södra Finlands sjukvårdsområde *Hospital region of Southern Finland*
18 Lahden — Lahtis
19 Hämeenlinnan — Tavastehus
20 Kotkan — Kotka
21 Helsingin yliopistollinen — Helsingfors universitets

Die höchste Stufe der Akutversorgung bilden die Universitätskliniken. Sie haben ein Einzugsgebiet von etwa 500 000bis 1 Million; sie verfügen über alle Spezialabteilungen. 10)

Die zweithöchste Stufe der Versorgung stellen die Zentralkrankenhäuser dar, die jeweils in einem Zentraldistrikt gebaut sind. Sie haben ein durchschnittliches Einzugsgebiet von 100 000 bis 300 000 und haben zumindest 6 Fachabteilungen: Gynäkologie, Pädiatrie, Augenheilkunde, HNO, Innere Medizin, und Notfall. 10)

Als dritthöchste Stufe fungieren die Kreiskrankenhäuser mit einem Einzugsgebiet zwischen 50 000 und 100 000. 10) Sie liegen hauptsächlich an den Randgebieten der Zentraldistrikte, um dort einer Unterversorgung entgegenzuwirken. Insgesamt gibt es deren 23 mit einer Bettenzahl zwischen 80 und 220. Im allgemeinen haben sie mindestens 3 Fachabteilungen: Gynäkologie, Chirurgie, Kinderheilkunde, Innere Medizin. 10) Die letzte und unterste Stufe der stationären Versorgung sind die Bettenabteilungen der Gesundheitszentralen. Gedacht sind sie für die nichtspezialisierte Behandlung von geringfügigeren Krankheiten, für Nachpflege und Pflege von chronisch Kranken. 10) Die Gesundheitszentren existieren erst seit 1972 aufgrund eines Gesetzes, das vorsah, die meisten Ortskrankenhäuser aufzulösen. Davon waren zum größten Teil die ländlichen Kleinkrankenhäuser betroffen. 11) Gegenwärtig existieren nur noch in den größeren Städten Ortskrankenhäuser, die teilweise hoch spezialisiert sind und deswegen zur Unterstützung der Zentral- und Kreiskrankenhäuser beitragen können. 1975 gab es 141 Gesundheitszentren mit Bettenabteilungen und 243 Gesundheitszentren insgesamt. 23) Die Bettenabteilungen umfassen in der Regel 30 Betten für Akutkranke und 60 Betten für chronische Pflegefälle. 23) Ihre Bettenanzahl nimmt gegenwärtig am stärksten zu. Sie tragen der geringen Bevölkerungsdichte Finnlands insofern Rechnung, daß sie zum großen Teil in bevölkerungsarmen

Gegenden gebaut sind.

3.4.3 Tuberkulosesanatorien

Der erste Typ der finnischen Sonderkrankenhäuser sind die Tuberkulosesanatorien, die aufgrund der früher sehr verbreiteten Tuberkulose in Finnland heute noch ein völlig eigenständiger Pflegebereich sind.

So lang 1963 die Tuberkulosemortalität in Finnland noch bei 23,0/100 000 Einwohnern, in der Bundesrepublik bei 14,6/100 000 Einwohnern. 15) Bis 1970 sank diese Quote infolge des großzügigen Ausbaus der ambulanten und stationären Versorgung mit 8,2 Todesfällen auf 100 000 Einwohner auf den gleichen Wert wie in der Bundesrepublik. 15) 1974 war die Tuberkulosemortalität in Finnland auf 5,9/100 000 Einwohner gesunken. 43) 1975 war die Tuberkulosemortalität in der Bundesrepublik bei 5,0/100 000 Einwohnern. 43) Finnland wurde 1960 in 17 Tuberkulosebezirke eingeteilt, die sich teilweise von denen der Allgemeinkrankenhäuser unterscheiden. 15) In jedem Tbc-Distrikt befindet sich 1 Zentralsanatorium und mehrere Polikliniken (Tuberkuloositoimistet) für Diagnose und ambulante Behandlung. Aufgrund der abnehmenden Tuberkulosemortalität nahm die Bettenzahl der Zentralsanatorien kontinuierlich ab, wovon die meistens freiwerdenden Betten für Behandlung von Akutkranken verwendet wurden.

Vergleich der Bettendichte in Tuberkulosekrankenhäusern der Bundesrepublik und Finnland/10 000 Einwohner

	Bundesrepublik	Finnland
1965	5,9 44)	12,0 43)
1975	2,8 4)	5,8 43)
1977	1,8 46)	5,1 45)

Die Übersicht macht deutlich, daß in Finnland sowohl 1965 als auch 1977 mehr Betten für Tuberkulosekranke zur Verfügung standen. Dies ist durch die vor allem früher stärker ausgebreitete Tuberkulose zu erklären.

3.4.4 Psychiatrische Kliniken

Als zweite Kategorie mit eigenständiger Verwaltung existieren die Psychiatrischen Kliniken. Bereits 1952 wurde Finnland in 13 Psychiatrie-Distrikte eingeteilt. 15) In jedem Zentraldistrikt ist je eine zentrale Psychiatrische Klinik, sogenannte A-Mielissairaalat, die für die Behandlung von schwer behandelbaren und akuten psychischen Krankheiten konzipiert ist. 6) Die Pflege von leichter behandelbaren und chronischen psychischen Krankheiten leisten die sogenannten B-Kliniken. 6) Zusätzlich existieren in jedem Distrikt psychiatrische Pflegezentren, die zusammen mit den Polikliniken der Allgemeinkrankenhäuser die sogenannte "offene Pflege" wahrnehmen sollen. 6)

3.4.5 Institutionskrankenhäuser

Die dritte Kategorie der finnischen Sonderkrankenhäuser sind Laitosairaalat (Krankenhäuser von Institutionen), deren Bettenanzahl in den letzten Jahren stark zugenommen hat. 24) Hier beginnt ein Vergleich der Krankenhäuser in beiden Ländern schwierig zu werden, inwieweit die Institutionskrankenhäuser zu offiziellen Krankenhäusern zu zählen sind oder nicht und von daher in die vergleichenden Statistiken aufgenommen werden sollen.

Über einen Teil dieser Krankenhäuser schreibt die Nationale Gesundheitsbehörde: "Der Leistungsstandard und das Pflegeniveau in ihnen entspricht nicht ganz den Anforderungen, die die man an die eigentlichen Krankenhäuser stellt, aber ihre Betten sollen trotzdem in Beachtung genommen werden,

um ein vollständiges Bild von der zur Verfügung stehenden Pflegeplatzanzahl zu bekommen; so geschieht dies auch in anderen Ländern. Letztgenannte Pflegeplätze werden sowohl für die Pflege von Akutkranken, Psychisch Kranken und Tuberkulosekranken angewandt". 6) In einer anderen Veröffentlichung der Gesundheitsbehörde heißt es: "In den skandinavischen Ländern, in denen die Krankenhäuser hauptsächlich im Besitz des Staates sind (lokal oder zentral), sind z.B. die Verordnungen in der Gesetzgebung sehr einflußreich. Die Trennlinie zwischen Krankenhaus und Pflegeheim ist unklar und möglicherweise noch unschärfer die Klassifikation". 10) Das bedeutet, daß die finnischen Institutionskrankenhäuser trotz gewisser Einschränkungen in bezug auf Pflegequalität von der nationalen Gesundheitsbehörde zu den offiziellen Statistiken z.B. Bettendichte, Verweildauer usw. gezählt werden.

Für ein Einbeziehen der finnischen Institutionskrankenhäuser in die nachfolgenden vergleichenden Statistiken mit den deutschen Sonderkrankenhäusern spricht letztlich der direkte Vergleich mit bestimmten deutschen Sonderkrankenhäusern. Er macht nämlich deutlich, daß einige Krankenhäuser zu Sonderkrankenhäusern gezählt werden, die durch die ersten finnischen Krankenhaustypen (Allgemeinkrankenhäuser, Psychiatrische Kliniken, Tbc-Sanatorien) nicht abedeckt werden, sondern zum großen Teil den Institutionskrankenhäusern entsprechen. Ein Vergleich, der diese Krankenhäuser nicht berücksichtigt, würde das Bettenangebot in Finnland demnach nicht zuverlässig widerspiegeln. So fallen unter die finnischen Institutionskrankenhäuser die Pflegeheime für chronisch Kranke und die Pflegeabteilungen in Altersheimen, denen in der Bundesrepublik die geriatrischen Kliniken und die Krankenhäuser für chronisch Kranke vergleichbar sein dürften. 4) Außerdem fallen darunter die Krankenhäuser in Gefängnissen, 10) die in der Bundesrepublik als Krankenhäuser der Justizvollzugsanstalten ebenfalls zu Sonderkrankenhäusern gezählt werden. 4) Zudem zählen zu den

Institutionskrankenhäusern die Anstalten für Geistig Zurückgebliebene und Geistesgestörte. 10) Sie sind also von den eigentlichen Psychiatrischen Kliniken organisatorisch völlig getrennt. In der Bundesrepublik dagegen werden unter Sonderkrankenhäuser die Krankenhäuser für Psychiatrie zusammen mit den Heil- und Pflegeanstalten für Geistesgestörte aufgeführt. 4) Schließlich zählen in Finnland die Alkoholsanatorien zu dieser Kategorie; 10) sie dürften den Krankenhäusern für Suchtkranke in der Bundesrepublik entsprechen. 4) Diese Gegenüberstellungen machen deutlich, daß ein Weglassen dieser Kategorie von finnischen Sonderkrankenhäusern im direkten Vergleich mit den deutschen Sonderkrankenhäusern eine Gegenüberstellung zu sehr verfälschen würde. In meiner Arbeit sind daher diese Krankenhäuser in die späteren Gegenüberstellungen miteinbezogen.

3.4.6 Gliederung der deutschen Krankenhaustypen

In den offiziellen Statistiken werden die deutschen Krankenhäuser nur in 2 Kategorien eingeteilt, und zwar in:

- Akutkrankenhäuser

- Sonderkrankenhäuser. 14)

Jede dieser Hauptkategorie ist in weitere Unterkategorien untergliedert.

Wie in Finnland nehmen die verschiedenen Krankenhaustypen die Betreuung unterschiedlicher Versorgungsbereiche wahr; doch kennt die Bundesrepublik eine territoriale Einteilung des ganzen Landes in jeweilig voneinander getrennte Versorgungsbereiche wie z.B. die finnischen Zentraldistrikte für Allgemeinkrankenhäuser nicht. Vielmehr liegt die stationäre Versorgung in den Händen der einzelnen Bundesländer und in den Statistiken werden z.B. Anzahl der Krankenhäuser, Bettendichte usw., immer getrennt nach einzelnen

Bundesländern aufgeführt. 14)

3.4.7 Allgemeinkrankenhäuser

Die Akutkrankenhäuser sind in den einzelnen Bundesländern nach unterschiedlichem Leistungsstand abgestuft. Doch ist die Abstimmung der einzelnen Krankenhäuser, vor allem zwischen Universitätskliniken und den anderen Krankenhäusern, auch mit den Krankenhausbedarfsplanungen der Länder noch nicht zufriedenstellend. 25) Die Universitätskliniken, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, sondern nach dem Hochschulbauförderungsgesetz unterstützt werden, haben wie in Finnland bei der Maximalversorgung die größte Bedeutung. 25) Eine einheitliche, sich über das ganze Land erstreckende stationäre Versorgung mit Akutkrankenhäusern wie in Finnland existiert wegen der Länderhoheit nicht. In den einzelnen Bundesländern ist die abgestufte Versorgung teilweise realisiert, doch bestehen zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede: In Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg, Bayern und dem Saarland werden durch jeweilige Krankenhausgesetze der Länder, die sich in ihrem Inhalt teilweise erheblich voneinander unterscheiden 25), Einteilungen in verschiedene Stufen der Akutversorgung festgelegt. In den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen ist keine derartige Gliederung vorgesehen. 25) Für Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Bayern sind 3 Versorgungsstufen festgesetzt, für Baden-Württemberg und das Saarland 4, für Hessen sogar 5 Stufen, wobei die vorgeschriebenen Krankenhausbetten und Fachabteilungen differieren. 25) Als Beispiel der abgestuften Akutversorgung habe ich jenes von Baden-Württemberg gewählt. Dort ist die unterste Stufe die sogenannte Grund- und Ergänzungsversorgung. 25) Die Krankenhäuser dieser Stufe haben eine durchschnittliche Bettenanzahl von 100 bis 250, einen Einzugsbereich von 35 - 85 000 Einwohner und in der

Regel 3 Fachabteilungen: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und gegebenenfalls HNO oder Augenheilkunde. Sie sind für die Nahversorgung kleinerer Mittel- und geeigneter Unterzentren gedacht. Sie dürften am ehesten den finnischen Kreiskrankenhäusern entsprechen; diese haben in der Regel ebenso mindestens 3 Fachabteilungen, einen ähnlich großen Einzugsbereich und etwa gleich große Bettenzahlen. In der Bundesrepublik bilden diese Krankenhäuser die erste Stufe der stationären Versorgung, in Finnland dagegen die zweite, d.h. die Grundversorgung nehmen in Finnland die Bettenabteilungen der Gesundheitszentren wahr. Auch im Vergleich mit anderen Bundesländern zeigt sich, daß diese in der Bundesrepublik keine Entsprechung haben. 25)

Die zweite Leistungsstufe verkörpern in Baden-Württemberg die Regelkrankenhäuser mit einer ungefähren Bettenanzahl von 460 und einem Einzugsbereich von 80 bis 170 000 Einwohner. In der Regel haben sie neben den obengenannten Abteilungen Anästhesie, Radiologie und in größeren Krankenhäusern HNO-, Augen-, Neurologie und eine Urologieabteilung. Die dritte Stufe sind die Krankenhäuser der Zentralversorgung mit einer Bettenanzahl von 900 bis 1 200 und einem Einzugsbereich von 350 000 bis 700 000; sie besitzen praktisch alle Fachabteilungen außer Dermatologie, Neurochirurgie, Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie, die unter bestimmten Voraussetzungen jedoch vorhanden sind. 25)

Abb. 7 Organisation der stationären Vorsorgung

Finnland

Primärversorgung (Gesundheitszentren)
60 - 90 Betten. Einzugsbereich: 10 000 - 50 000. 1 Allgemeinstation

Kreiskrankenhaus: Einzugsbereich 50 000 - 100 000.
80 - 200 Betten. 3 Fachabteilungen

Zentralkrankenhaus: Einzugsbereich 100 000 - 300 000.
Betten: 200 - 3 300. 6 Fachabteilungen

Universitätskrankenhäuser: Einzugsbereich 500 000 - 1 Million.
Bettenzahl: 1 500 - 3 300. Alle Fachrichtungen vorhanden

Bundesrepublik: Beispiel Baden-Württemberg

Grund- und Ergänzungsverorgung
3 Fachabteilungen. Ca. 100 Betten
Einzugsgebiet: 35 000 - 85 000

Regelkrankenhaus: 5 - 7 Fachabteilungen
Ca. 460 Betten. Einzugsbereich: - 170 000

Zentralkrankenhaus: Außer 2 - 3 Fachabteilungen alle.
Einzugsbereich: 350 000 - 700 000. Ca. 900 - 1 200 Betten.

Universitätskrankenhäuser: Alle Fachabteilungen. Einzugsbereich:
Ca. 1,2 Millionen. Ca. 1 500 Betten.

Sie sind höher spezialisiert als die Zentralkrankenhäuser in Finnland, die ungefähr auf einer Leistungsstufe stehen dürften, die zwischen beiden Versorgungstypen liegt. Gleich wiederum sind die Universitätskliniken, die sowohl in Finnland als auch in Baden-Württemberg die Maximalversorgung bieten. Das ungleiche Einzugsgebiet hängt hauptsächlich mit der unterschiedlichen Bevölkerungsstruktur zusammen. (Vgl. S. 7) In den anderen Bundesländern ist die Krankenversorgung etwas anders strukturiert, z.B. in Schleswig-Holstein, wo Regelkrankenhäuser, Schwerpunktkrankenhäuser und Zentralkrankenhäuser die stationäre Versorgung kennzeichnen und der finnischen Struktur etwas näherkommen als die in Baden-Württemberg. Jedoch gibt es in keinem Bundesland Krankenhäuser mit Minimal- oder Leichtpflegeabteilungen. 25)

3.4.8 Sonderkrankenhäuser

Die zweite Hauptkategorie der stationären Versorgung in der Bundesrpeublik stellen die verschiedenen Gruppen der Sonderkrankenhäuser dar. So werden in den offiziellen Statistiken Tuberkulosekrankenhäuser, auch solche vorwiegend für Kinder, Krankenhäuser für Psychiatrie (einschließlich Heil- und Pflegeanstalten), Krankenhäuser für Neurologie 4) genannt,

die jeweils denen der Tuberkulose- bzw. Psychiatriekliniken in Finnland entsprechen dürften. Die Heil- und Pflegeanstalten, ebenso wie die Krankenhäuser für Suchtkranke, die Krankenhäuser für Chronisch Kranke sowie die geriatrischen Kliniken und die Krankenhäuser bzw. Krankenabteilungen in den Justizvollzugsantalten, die in Finnland zur Gruppe der Institutionskrankenhäuser zusammengefaßt sind, gehören allesamt zu den Sonderkrankenhäusern. Schließlich existieren noch Rheumakrankenhäuser, Rehabilitationskrankenhäuser und Kurkrankenhäuser. 4)

Die Psychiatrie- und Tuberkuloseversorgung ist in der Bundesrepublik nach Ländern geordnet, nicht wie in Finnland nach von Provinzgrenzen abweichenden Gebietszusammenschlüssen. In den einzelnen Bundesländern unterscheidet sich die Einteilung der Psychiatriebetten in Sonderpflegebereich und psychiatrische Notfällen, die dem Akutbereich zugerechnet werden und damit im Gegensatz zum ersteren nicht von der Förderung nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz ausgeschlossen sind. 25) In Hessen z.B. sind die Psychiatriebetten in hohem Umfang dem Akutbereich zugeordnet, andere Länder gehen von einem Förderungsverhältnis von einem Drittel akutpsychiatrischer Betten zu zwei Drittel Pflegebetten aus. 25)

Vergleicht man die Sonderkrankenhäuser für Psychiatrie und Neurologie in der Bundesrepublik und Finnland miteinander, so ergibt sich folgendes Bild.

Neurologie- und Psychiatriebetten/10 000 Einwohner in Finnland und der Bundesrepublik 1965 und 1977

	Finnland	Bundesrepublik
1965	42,4 [43]	17,9 [44]
1977	42,0 [45]	18,8 [46]

Die Übersicht macht deutlich, daß in Finnland schon 1965 eine, was die Bettendichte anbetrifft, weiter ausgebaute psychiatrische Versorgung bestand. 1965 standen in Finnland 10 000 Einwohnern 42,4 Psychiatrie- und Neurologiebetten zur Verfügung, in der Bundesrepublik 17,9. Bis 1977 hat sich dieses Verhältnis kaum geändert. Dies läßt erwarten, daß die Bettendichte in finnischen Sonderkrankenhäusern größer ist als in der Bundesrepublik.

3.5 Entwicklung der Krankenhaustypen in der Statistik

3.5.1 Entwicklung nach Akut- und Sonderkrankenhäusern getrennt in der Bundesrepublik und Finnland von 1966 bis 1977

Tab. 10

	Bundesrepublik				Finnland			
	Akut	%	Sonder	%	Akut	%	Sonder	%
1966	2509 [7]	69,0	1126 [7]	31,0	246 [48]	31,7	530 [2]	68,3
1970	2441 [22]	68,0	1146 [22]	32,0	270 [4]	35,2	496 [4]	64,8
1974	2295	65,9	1188	34,1	267 [49]	37,1	452 [49]	62,9
1975	2260	64,9	1221	35,1	268 [24]	37,8	440 [24]	62,2
1976	2216 [8]	65,9	1220 [8]	34,1	269 [2]	38,4	431 [2]	61,6
1977	2185 [46]	64,0	1231 [46]	36,0	266 [45]	38,5	424 [45]	61,5

In dieser wie auch in den folgenden Tabellen habe ich der Übersicht halber auch die finnischen Krankenhäuser nach Akut- und Sonderkrankenhäusern zusammengestellt. Die finnischen Allgemeinkrankenhäuser und die Bettenabteilung der Gesundheitszentren, die in den offiziellen Statistiken immer zusammen aufgeführt werden, wurden den deutschen Akutkranken-

häusern gegenübergestellt. Die finnischen Tbc-Sanatorien, die Psychiatrischen Kliniken und die Institutionskrankenhäuser habe ich zu Sonderkrankenhäusern zusammengefaßt und den deutschen gegenübergestellt. Ein ganz exaktes Bild gibt dieser Vergleich jedoch nicht wieder. So werden wie oben schon erwähnt z.B. die Psychiatriebetten in den Bundesländern teilweise dem Akutbereich zugeordnet 25), in Finnland dagegen allesamt den Psychiatrischen Kliniken. In Finnland wiederum ist ein Teil der Betten in den Gesundheitszentren für chronisch Kranke aus dem Sonderpflegebereich konzipiert. Von daher gesehen geben die Statistiken zwar kein absolut genaues Bild, bieten aber einen ungefähren Überblick über Verteilung und Entwicklung der Krankenhäuser in beiden Ländern.

Schon ein erster Überblick über Tabelle 10 macht deutlich, daß in Finnland die Sonderkrankenhäuser weit überwiegen im Gegensatz zu den deutschen, wo die Akutkrankenhäuser in nahezu umgekehrtem Verhältnis in der Überzahl sind. In den Jahren 1966 bis 1977 hat sich der Prozentsatz der deutschen Akutkrankenhäuser im Zuge der fortschreitenden Spezialisierung von 69,0 auf 64,0 % der Gesamtzahl der Krankenhäuser erniedrigt, in Finnland dagegen im gleichen Zeitraum von 31,7 auf 38,5 % erhöht. Der Anteil der Sonderkrankenhäuser in Finnland ist von 68,3 auf 61,5 % zurückgegangen, in der Bundesrepublik von 31,0 auf 36,0 % angestiegen.

Dieses weit auseinanderklaffende Verhältnis der Sonderkrankenhäuser deutet darauf hin, daß die Sonderkrankenhäuser in Finnland einen größeren Anteil an der stationären Versorgung haben als in der Bundesrepublik.

3.5.2 Entwicklung von Akut- und Sonderkrankenhausbetten getrennt in der Bundesrepublik und Finnland von 1965 bis 1977

Tab. 11

	Bundesrepublik				Finnland			
	Akut	%	Sonder	%	Akut	%	Sonder	%
1965	423219	67,0	208228	33,0	23143 [19]	37,5	38580 [19]	62,5
1970	457004	66,9	226250	33,1	28016	40,3	41360	59,7
1972	475555	67,8	225708	32,2	29559	42,4	40094	57,6
1973	481142	68,0	226318	32,0	30511	43,4	39758	56.6
1974	486326	67,9	230204	32,1	31476	44,7	38825	55,3
1975	489756	67,1	240035	32,9	32372	45,5	38743	54,5
1976	489517 [3]	67,3	237329 [3]	32,7	33579 [2]	46,4	38787 [2]	53,6
1977	487566 [46]	67,4	235387 [46]	32,6	33755 [45]	46,6	38792 [45]	53,4

Diese Tabelle bestätigt die durch die vorhergehende Tabelle entstandene Vermutung, daß Akut- und Sonderpflegebereich in beiden Ländern in weit unterschiedlichem Maße an der stationären Versorgung beteiligt sind.

So gliederten sich 1977 die deutschen Krankenhausbetten zu 67,4 % in Akut- und zu 32,6 % in Sonderbetten, in Finnland hingegen zu 46,6 % bzw. 53,4 %, d.h. in den finnischen Sonderkrankenhäusern waren 1977 20,8 % mehr Betten untergebracht als in den deutschen Sonderkrankenhäusern. Ein Vergleich mit Tabelle 10 zeigt, daß in der Bundesrepublik der prozentuale Anteil der Akut- und Sonderkrankenhäuser mit dem prozentualen Anteil ihrer Betten kaum differiert, in Finnland dagegen Akutkrankenhäuser z.B. 1977 nur 38,5 % aller Krankenhäuser ausmachten, aber über 46,6 % aller

Betten verfügten. Dabei zeigt die Entwicklung der Jahre 1965 bis 1977, daß sich der Anteil der Akutbetten in Finnland um 9,1 % erhöht bzw. der der Sonderbetten um 9,1 % erniedrigt hat. In der Bundesrepublik unterlag das Verhältnis von Akut- zu Sonderbetten im Laufe dieser Zeitspanne einer Schwankung von nur 1 % und pendelte sich 1977 wieder auf fast den gleichen Betrag ein wie 1965.

Schließlich eröffnet die Tabelle, daß in Finnland die Sonderkrankenhäuser gemessen am prozentualen Bettenanteil sehr stark an der stationären Versorgung beteiligt sind und wie in den anderen skandinavischen Ländern z.B. die Pflege für Psychiatrie-Patienten, für Geistig Behinderte und Chronisch Kranke sehr weit entwickelt ist. 10) Diese Verteilung ist fast schon traditionell. So betrug schon 1920 der Bettenanteil der Sonderkrankenhäuser 55,7 % gegenüber 44,3 % der Akutkrankenhäuser. 6)

4. Finanzierung der stationären Versorgung in Finnland und der Bundesrepublik

4.1 An der Finanzierung beteiligte Institutionen

4.1.1 Deckung der Investitionskosten

In beiden Ländern wird unterschieden zwischen Investitionskosten und Unterhaltskosten der Krankenhäuser, die aber unterschiedlich finanziert werden.

In Finnland sind an der Finanzierung der Investitionskosten beteiligt:

- Staat
- Kommunen

In der Bundesrepublik sind an der Finanzierung der Investitionskosten beteiligt:

- Staat
- Länder bzw. Gemeinden

Aufgrund der hohen Defizite der Krankenhäuser (in den Akutkrankenhäusern entstand zwischen 1966 und 1972 eine jährliche Kostenunterdeckung von 2 Milliarden Mark) 27), wurde in der Bundesrepublik 1972 das Krankenhausfinanzierungsgesetz anstelle der alten Pflegesatzordnung von 1954 in Kraft gesetzt. 17) Mit diesem Gesetz wurde eine Mitfinanzierungskompetenz des Bundes bei Investitionskosten eingeführt. Vorher war die Krankenhausfinanzierung allein Ländersache, ab 1972 werden die deutschen Krankenhäuser durch Übernahme der Investitionskosten öffentlich gefördert. 25) In der Regel übernimmt der Bund ein Drittel, die Länder zwei Drittel der Kosten, wobei es letzteren überlassen bleibt,

ihrerseits die Gemeinden zu beteiligen. 25)

In Finnland trägt der Staat 1/4 bis 2/3 der Investitionskosten entsprechend dem Krankenhaustyp. 11) Den Rest der Kosten tragen die Kommunen. Die Investitionskosten wie auch die Unterhaltungskosten werden in Finnland gemäß einer offiziellen ökonomischen Klassifikation, in der das Leistungsvermögen jeder Kommune festgelegt ist, vom Staat mitfinanziert. 11) Die höchste Unterstützung (ca. 70 %) wird an Kommunen vergeben, die zur niedrigsten Stufe dieser Klassifikation gehören; die niedrigste (39 %) wird den wohlhabenden Kommunen (z.B. Helsinki) gewährt. Die so verteilten Unterstützungen haben sichtbar dazu beigetragen, daß alle Kommunen gleich gut ihre Krankenhausdienste wahrnehmen können. 10) Damit soll eine gleich gute Verteilung des Leistungsniveaus der Krankenhäuser gewährleistet werden.

Im neuen Kostendämpfungsgesetz der Bundesregierung war es zunächst geplant, alle Krankenhausträger zu 10 % an den Investitionskosten zu beteiligen, was zumindest teilweise die im Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 (KHG) zugesicherte Selbstkostendeckung aufgehoben hätte. 28) Nach einer Schätzung wären damit 63 % aller deutschen Krankenhäuser - zum größten Teil freie gemeinnützige und private - ohne Investitionsmöglichkeit und vom baldigen Konkurs bedroht gewesen. 29) Dies konnte jedoch von den Vertretern der freien gemeinnützigen und privaten Krankenhäuser verhindert werden.

4.1.2 Deckung der Unterhaltskosten

In Finnland werden die Investionskosten und Unterhalbskosten von denselben Institutionen getragen, nämlich von Staat und Kommune. Bei den Unterhaltskosten ist zu einem geringen Teil der Patient selbst beteiligt. In der Bundesrepublik

dagegen finanzieren Bund und Länder nur die Investitionskosten. Die Deckung der Unterhaltungskosten fällt nicht in deren Zuständigkeitsbereich, sondern wird von getrennten Einrichtungen, den Krankenkassen nach dem Selbstkostenprinzip erfüllt.

In finnischen Krankenhäusern bezahlen die beiden größten Teile der Unterhaltungskosten der Staat und die Mitgliedskommunen des betreffenden Krankenhauses auf der Basis der Patiententage, die die Einwohner einer Kommune während eines Jahres in dem Krankenhaus verbracht haben. 10) Für den Rest der Unterhaltungskosten kommt formal der Patient selbst auf. Doch bezieht sich der pro Tag zu zahlende Betrag weniger auf die Behandlung selbst als auf die Unterbringungs- und Essenskosten. Diese Beträge sind verschieden hoch, je nach Leistungsstand des Krankenhauses. 1975 z.B. bezahlten die Patienten ca. 6 % der Unterhaltungskosten aller Krankenhäuser (ausgenommen die Institutionskrankenhäuser). 13) In einem Zentralkrankenhaus bezahlte ein Patient am Tag 10 Fmk, in einem Kreiskrankenhaus und einem Bett der Gesundheitszentralen 9 Fmk. 10) Ein Tag in einer Psychiatrischen Klinik kostete 6 Fmk, während die Tbc-Behandlung kostenlos ist. 10) Diese Abgaben des Patienten, die zusammen mit den staatlichen und kommunalen Zuschüssen die Unterhaltskosten decken, haben nichts zu tun mit der Krankenversicherung, die hauptsächlich für die im ambulanten Bereich entstandenen Kosten aufkommt. Der Anteil der Patienten an den Unterhaltungskosten hat sich immer mehr verringert. 1959 waren es noch 23,1 % gegenüber 76,9 % aus öffentlichen Quellen, wobei der Anteil in den Allgemeinkrankenhäusern noch am höchsten lag. 30) 1963 bezahlten die Patienten immerhin noch 16,9 %. 31) 1976 betrugen die Patientenanteile nur noch 7,7 %. Der Rest gliederte sich auf in den staatlichen Anteil mit 54,1 % und den kommunalen Anteil mit 38,2 %. 5) Die Kostenaufteilung bezieht sich nur auf die Akutkrankenhäuser, die Tbc-Sanatorien und die Psychiatrischen Kliniken. Die Institutionskrankenhäuser wie z.B. die Pflegeabteilungen in Altersheimen,

Heime für Geistig Zurückgebliebene sind vom Staat, Kommunen und Renten- bzw. Sozialversicherungen der Patienten finanziert.

Die naheliegende Vermutung, daß die direkte Kostenbeteiligung der Patienten am Krankenhausaufenthalt einen negativen Einfluß auf die Krankenhaushäufigkeit hat, dürfte sich nicht bestätigen, denn sie liegt in den letzten Jahren bedeutend höher als in deutschen Krankenhäusern. (Vgl. Tab. 13)

In der Bundesrepublik werden die Unterhaltungskosten nach dem Selbstkostenprinzip mittels festgesetzter Pflegesätze bestritten. 27) Diese Pflegesätze werden von der jeweiligen Kasse des behandelten Patienten bezahlt, d.h. der Patient trägt nur indirekt die Kosten seiner Behandlung. Die Gesamtmittel der ca. 1 500 Krankenkassen beziehen sich aus Beiträgen der versicherten Patienten, der Arbeitgeber und aus anderen Verrechnungen. 3)

Bis vor kurzem war es den Krankenkassen nicht gestattet, vor der Berechnung der Selbstkosten im Krankenhaus prüfend einzuschreiten, sondern sie waren gezwungen, im nachhinein die Pflegekosten zu bezahlen. Durch das Kostendämpfungsgesetz vom Juni 1977 wird ihnen jedoch das Recht eingeräumt, ihrerseits die Pflegesätze festzulegen. Durch die zusätzliche Einführung eines Verhandlungs- und Schiedsverfahrens bei der Festsetzung der Pflegesätze wurde ihnen eine im Gegensatz zu früher ungleich stärkere Position eingeräumt. 29) Gleichzeitig wurden die staatlichen Festsetzungsbehörden ausgeschaltet. Außerdem müssen sich durch Änderung des § 371 der Reichsversicherungsordnung die Krankenhäuser in der Bundesrepublik um die Zulassung zur Krankenhauspflege bewerben ("Vertragskrankenhäuser"). 32) Das führt laut einer Resolution der Deutschen Krankenhausgesellschaft dazu, daß die Kassen nur solche Krankenhäuser als Vertragskrankenhäuser zulassen, die sich ihrem Preisdiktat beugen und keine Rücksicht genommen wird, ob das Niveau der Minimalpflege

und Minimalmedizin herabgedrückt wird oder nicht. 28)

4.1.3 Planung der Krankenhausfinanzierung

Nach dem KHG sind alle Bundesländer verpflichtet, Krankenhausbedarfspläne aufzustellen. 33) Diese enthalten eine Bestandsaufnahme der vorhandenen und geförderten Krankenhäuser und Planbetten und teilweise auch Prognosewerte. Dabei soll eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen (§ 1) erreicht werden. Unrentable Krankenhäuser mit weniger als 100 planmäßigen Betten, wowon hauptsächlich (vgl. Abb. 3) Privatkliniken betroffen sind, sollen nicht mehr gefördert werden, es sei denn, sie tragen unbedingt zur stationären Versorgung bei. 33) Von daher ist das Kostendämpfungsgesetz nur eine konsequente Fortführung, weil die Krankenkassen Krankenhäuser, die deutlich über den von ihnen festgesetzten Pflegesätzen liegen, nicht mehr als Vertragskrankenhäuser anerkennen werden und diese früher oder später vom Konkurs bedroht sind. In Anspielung auf die Tatsache, daß dies zum größten Teil freie gemeinnützige und private Krankenhäuser sein werden, heißt es darin: "Soweit wie möglich, ist den religiösen Bedürfnissen der Kranken Rechnung zu tragen". 32) 41) Ob aber auf längere Sicht eine deutliche Minderung der freien gemeinnützigen und privaten Krankenhäuser zu verhindern ist, bleibt dahingestellt.

In Finnland ist der Einfluß des Staates auf die Krankenhäuser schon immer so stark gewesen, daß es eines solchen Gesetzes nicht bedurfte. Obwohl die Verantwortung bei den die Krankenhäuser tragenden Kommunen liegt, kontrolliert der Staat durch seine Beteiligung an den Investitions- und Unterhaltungskosten die Krankenhäuser sehr effizient. An der Krankenhausbedarfsplanung nehmen in Finnland 2 Institutionen teil: die nationale Gesundheitsbehörde

(Lääkintöhallitus) als staatliche Instanz und die jeweiligen Kommunalausschüsse. 10) In der Bundesrepublik wirken bei der Länderbedarfsplanung mehrere Gruppen mit, in Baden-Württemberg sogar 39. 25)

Um die Planung der finnischen Krankenhäuser weiter zu intensivieren, wurde 1972 ein Gesetz verabschiedet, in dem die nationale Gesundheitsbehörde einen "Reichsplan" für 5 Jahre über die Organisierung der Krankenpflege in Allgemeinkrankenhäuser, Zentraltuberkulosesanatorien, Tbc-Hostels, Psychiatrischen Kliniken und Psychiatrischen Hostels auf dem Gebiet des Zentralkrankenhausdistrikts ausarbeiten soll. 6) Auf der anderen Seite arbeitet der Kommunenverband einen Krankenhausplan auf der kommunalen Seite aus, der sich dem Reichsplan anpassen soll. 10) In dem Reichsplan schreibt der Staat ein ganz bestimmtes Niveau vor, das die Krankenhäuser z.B. für Personal ausgeben dürfen. Falls ein Krankenhaus dieses vorgeschriebene Niveau überschreitet und damit im Vergleich mit anderen Krankenhäusern unwirtschaftlich arbeitet, verliert es die Unterstützung für diesen überzogenen Betrag. 10) Ein ähnlicher Kontrollmechanismus, wie ihn jetzt in der Bundesrepublik die Krankenkassen auf die unwirtschaftlich arbeitenden Krankenhäuser ausüben.

Mir wurde öfters versichert, daß dieses Kontrollsystem in Finnland ziemlich bürokratisch ist. Es erfordert einen hohen Verwaltungsaufwand und es kommt vor, daß eine Art Schiedsgericht zwischen Staat und Kommunen vermitteln muß. Doch räumt es dem Staat eine sehr effektive Rolle ein, die Krankenhäuser und ihre Kosten zu kontrollieren.
Der wachsende Einfluß des Staates nahm in der Bundesrepublik in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz seinen Anfang und wurde durch das Kostenkämpfungsgesetz fortgesetzt. Diese Tendenz wird hauptsächlich von Vertretern der gemeinnützigen und privaten Krankenhäuser als Staatsdirigismus und Verplanung aufgefaßt, wobei "kirchliche und freigemeinnützige

Träger zu bloßen Erfüllungsgehilfen des Staates werden und jene Freiheitsräume sozialen Wirkens, von denen eine freiheitliche Demokratie lebt, verlorengehen". 34)

4.2 Aktuelle Kostenentwicklung der Krankenhäuser

4.2.1 Entwicklung der Krankenhauskosten im Überblick

Die Kostenentwicklung des Krankenhauswesens in beiden Ländern kann nur sehr bedingt verglichen werden. Dies ergibt sich aus der Zweiteilung der medizinischen Versorgung in der Bundesrepublik in ambulante durch Kassenärzte einerseits und stationäre durch Krankenhäuser andererseits, so daß getrennte Kostenentwicklungen zu Buche stehen. Da in Finnland beide Versorgungsbereiche miteinander integriert sind, sind getrennte Kostenentwicklungen mit Vorhehalten zu genießen. Außerdem wurde das finnische Krankenhauswesen in den 60-iger Jahren stärker ausgebaut als das deutsche, was bei der Kostenentwicklung mit berücksichtigt werden muß (vgl. S. 5).

In der Bundesrepublik haben die Krankenhäuser an den Ausgaben der Krankenkassen gemessen die größte Kostenzuwachsrate: betrug ihr Kostenanteil 1965 noch 18,7 % der Reinausgaben der Krankenkassen, so war er bis 1975 auf 29,0 % angestiegen. 3) Die Kosten für die ärztlichen Leistungen in der ambulanten Versorgung dagegen sind von 20,2 % 1965 auf 18,6 % 1975 gefallen. 3) Insgesamt gesehen war aber die ambulante Versorgung zusammen mit den verschriebenen Arzneimitteln 1976 mit 22 Milliarden DM teurer als die stationäre Versorgung mit 19,4 Milliarden DM. 28)

Die Kosten der Krankenhäuser hatten sich im Jahre 1974 um 30 % erhöht. 1975 betrug der Anstieg 11 % und 1976 nur noch 8,9 %. 28) In Finnland war - bei den Allgemeinkranken-

häusern, Tbc-Sanatorien, Psychiatrischen Kliniken - 1974 die Steigerungsrate 20 %, im Jahre 1975 ca. 25 % und 1976 21,5 %. 5) Die Kostenzuwachsrate ging also in beiden Ländern von 1974 bis 1976 zurück, in der Bundesrepublik jedoch stärker. Zudem bestätigt sich auch in Finnland die Tendenz, daß die Kosten für die stationäre Behandlung stärker zunehmen als die für die ambulante Behandlung. So stiegen in Finnland die Kosten für die ambulante Versorgung 1976 um 18 %, für die stationäre Versorgung im gleichen Jahr um 28 %. 5)

Sowohl in Finnland als auch in der Bundesrepublik erweisen sich die Personalkosten als Hauptursache für die Krankenhausteuerungen. So ergab eine Untersuchung, daß nach einer Auswertung der Selbstkostenblätter von 17 Krankenhäusern die Personalkosten etwa 71,4 % der totalen Betriebskosten eines Krankenhauses ausmachten. 25)

In Finnland waren es 1976 in allen Krankenhäusern außer den Institutionskrankenhäusern mit 70,9 % nicht ganz so viel. 5) Eine erfolgsversprechende Rationalisierung muß also in erster Linie beim Personal ansetzen, was aber bei einem Fixkostenanteil von fast 98 % außerordentlich schwierig sein dürfte. 3) Es wird in der Bundesrepublik demnach zu erwarten sein, daß zumindest nicht mehr der gleiche Zuwachs an Personal in den nächsten Jahren zu verzeichnen sein wird wie in den vorausgegangenen Jahren. Bei einem Bettenabbau von nur 10 %, wie er neuerdings in einigen Bundesländern im Gespräch ist, müßten fast 40 000 Ärzte, Krankenschwestern und Krankenpfleger entlassen werden. 35)

4.2.2 Entwicklung der Krankenhauspflegesätze

In der Diskussion um die Kostensteigerungen der Krankenhäuser stehen in Finnland und der Bundesrepublik die Pflegesätze im Mittelpunkt. Unter Pflegesätzen versteht man in der

Bundesrepublik die Kosten, die bei der Behandlung der Patienten durch Benutzung von Apparaturen und Pflegediensten entstehen und zum größten Teil von den Krankenkassen als laufende Kosten bezahlt werden. Da es in Finnland keine Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung gibt, ist der Begriff Pflegesatz nicht im gleichen Sinn angewandt wie in der Bundesrepublik. Jedoch meint der Begriff Kosten/pro Pflegetag (wie in nachstehender Statistik angewandt) die laufenden Kosten, die durch den "Verbrauch bzw. Anwendung von solchem materiellen Bedarf und Diensten, die für die infragekommenden Leistungen erforderlich waren". 5)

Ein exakter Vergleich der Krankenhauspflegesätze in beiden Ländern läßt sich aus mehreren Gründen nicht führen. In der Bundesrepublik werden die Pflegesätze in Statistiken immer getrennt nach Bundesländern aufgeführt und zudem differieren sie teilweise erheblich in ihrer Höhe. Ein Art Durchschnittspflegesatz aller bundesdeutschen Krankenhäuser läßt sich nicht bilden, weil die Datenbasis nicht einheitlich ist, z.B. werden in einem Bundesland die Pflegesätze der Psychiatrischen Kliniken mitgerechnet, in einem anderen wieder nicht. Weiterhin werden nur die Pflegesätze in öffentlich-rechtlichen Krankenhäusern berücksichtigt, usw. 25) In Finnland werden die Institutionskrankenhäuser in den offiziellen Statistiken nicht mitaufgeführt.

Von daher verbietet es sich, aus nachfolgender Tabelle exakte Schlüsse zu ziehen; sie bietet allenfalls einen ungefähren Überblick über die Entwicklung der Krankenhauspflegesätze.

Für die Pflegesatzentwicklung in Finnland habe ich die Akutkrankenhäuser im Zeitraum 1965 bis 1977 gewählt. Die Akutkrankenhäuser sind in Finnland die teuersten Krankenhäuser. So kostete 1977 ein Pflegetag in einer Psychiatrischen Klinik 118 Fmk (entspricht ungefähr der Hälfte eines DM-Wertes), in einem Tbc-Sanatorium 301 Fmk

und in einem Allgemeinkrankenhaus 410 Fmk. 45)

Die Pflegesatzentwicklung in der Bundesrepublik wird durch die Pflegehöchstsätze in Baden-Württemberg exemplarisch dargestellt. Ich habe dafür die Pflegesätze der obersten Gruppe, der Universitätskrankenhäuser gewählt. Die durchschnttlichen Pflegesätze liegen ungefähr 30 % niedriger. 47) 25)

Entwicklung der Pflegehöchstsätze in den Universitätskrankenhäusern in Baden-Württemberg und der Pflegesätze in finnischen Akutkrankenhäusern von 1965 bis 1977

Tab. 12

	Finnland				Baden-Württemberg	
	Absolut in Fmk	Steigerung in %			Absolut in DM	Steigerung in %
1965	58,68 13)					
1966		84,5			39,20 25)	58,9
1970	104,61	11,1	Fmk	%	62,30	19,9
1971	116,27	14,4	Betten der Gesundheits-		74,70	13,6
1972	133,08	29,1	zentren		84,90	41,1
1973	171,79	25,3	92 13)	28	119,80	41,8
1974	215,30	31,6	118 5)	21	169,90	9,5
1975	283,44	20,0	143	21	186,00	
1976	338,53 5)	21,0	168			
1977	410,00 45)				211,00 47)	7,3
1978					226,53 47)	

Die Tabelle zeigt, daß die Pflegekosten/Tag in den finnischen Allgemeinkrankenhäusern sich in den Jahren 1965 bis 1977 fast versiebenfacht haben, wobei sich der Anstieg in den 70-iger Jahren immer mehr beschleunigt hat. Betrug die Steigerungsrate von 1970 auf 1971 noch 11,1 %, so war sie von 1976 bis 1977 auf 21,0 % angestiegen. Von 1972 auf 1973, als ein Großteil der Betten der weniger hoch spezialisierten und damit weniger teuren Ortskrankenhäuser dem stationären Bereich der Gesundheitszentren angeschlossen wurde, war ein gegenüber dem Vorjahr mehr als doppelter Anstieg zu verzeichnen.

Ein Vergleich mit den Bettenabteilungen der Gesundheitszentren macht deutlich, daß diese weniger kostenaufwendig arbeiten und auch keinen so steilen Anstieg wie die Allgemeinkrankenhäuser aufweisen. So kostete 1976 ein Pflegetag in einem Bett der Gesundheitszentren 168 Fmk, in einem Allgemeinkrankenhaus 338 Fmk, war also fast um die Hälfte billiger. Eine Aussage auf längere Sicht läßt sich wegen der kurzen Existenz der Gesundheitszentren schlecht machen, doch betrug die Steigerungsrate von 1975 zu 1976 21 %, bei den Allgemeinkrankenhäusern 20,0 %.

Als eine Maßnahme zur Kostendämpfung im Krankenhauswesen wurde damit ein stationärer Bereich in Finnland geschaffen, wo für geringere Pflegesätze ein Teil der Patienten stationär behandelt werden kann und zwar billiger als in den Allgemeinkrankenhäusern. Ein derartiger Pflegebereich, der mit weitaus geringeren Kosten als die Akutkrankenhäuser arbeitet und in dem ein gewisser Prozentsatz der leicht behandelbaren Patienten stationär untergebracht werden kann, wäre auch für die Bundesrepublik denkbar, um dadurch Kosten im stationären Bereich einzusparen. Unter Maßnahmen zur Kostendämpfung im Krankenhauswesen stehen bereits ähnliche Möglichkeiten zur Diskussion z.B. Nutzung der Möglichkeiten zur gestuften Pflege im Krankenhaus selbst oder Ausbau von anderen, das Krankenhaus entlastenden Einrichtungen, wie

z.B. Nachsorgeeinrichtungen, Pflegeheime. 25)

In Baden-Württemberg sind die Pflegehöchstsätze in den Jahren 1966 bis 1978 um fast das sechsfache gestiegen und unterscheiden sich kaum von denen in anderen Bundesländern, wie z.B. Rheinland-Pfalz, Niedersachsen oder Bayern. 25)

So kostete ein Pflegetag in Baden-Württemberg in einer Universitätsklinik 1966 39,20 DM und 1978 226,53 DM. Ins Auge fallend sind die enorm hohen Steigerungsraten in den Jahren 1972/73 und 1973/74 mit 41,1 % bzw. 41,8 % (gegenüber 13,6 % von 1971 auf 1972). In keinem Bundesland waren die Steigerungen in den Jahren 1972 bis 1974 unter 25 %, die höchsten Wachstumsraten wiesen die Pflegesätze in Rheinland-Pfalz auf mit nahezu 53 %. 25)

Diese im Vergleich zu früheren Jahren sprunghafte Kostensteigerung war durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz und den damit verbundenen Neuregelungen verbunden. 35) Vor allen durch den Wegfall der herkömmlichen Betriebszuschüsse undder früher gesondert berechenbaren Nebenleistungen, durch die im Gesetz fesgelegte Vollpauschalisierung der Pflegesätze, aber auch durch die Personalkostensteigerungen um 11 % (1974) und die Arbeitszeitverkürzung schnellten die Krankenhauspflegesätze in die Höhe. 35)

Im Jahre 1975 trat in allen Bundesländern eine sichtbare Verlangsamung ein, in Baden-Württemberg fiel die Steigerungsrate auf 9,5 %. Diese Tendenz setzte sich weiter fort. So stiegen die Krankenhauspflegesätze im Bundesdurchschnitt um 5,9 % von 1976 auf 1977. 16)

Diese Zahl deckt sich genau mit der Steigerungsrate der Durchschnittspflegesätze aller Krankenhäuser in Baden-Württemberg. Der Durchschnittspflegesatz in Baden-Württemberg betrug 1977 insgesamt 153,79 DM und stieg bis zum Jahre 1978 auf 162,99 DM. 47) Das entspricht einer Steigerungs-

rate von nur mehr 5,9 %; diese Rate liegt somit unter der der Pflegehöchstsätze in den Universitätskrankenhäusern, die von 1977 auf 1978 um 7,3 % angestiegen war.

5. Kennziffern der stationären Versorgung in Finnland und der Bundesrepublik Deutschland

5.1 Krankenhaushäufigkeit

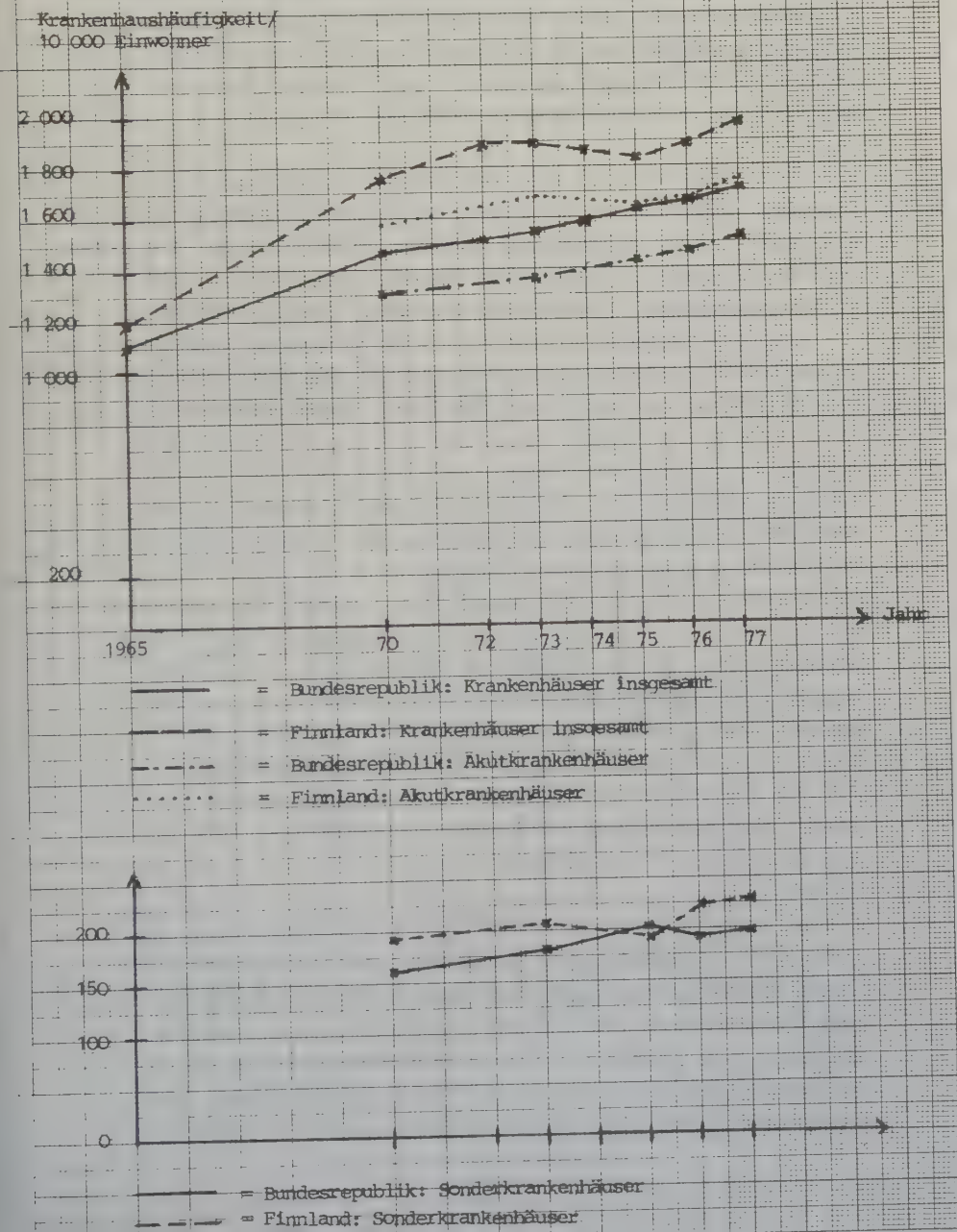
Die Krankenhaushäufigkeit/10 000 Einwohner in Finnland und der Bundesrepublik in der Entwicklung von 1965 bis 1977

Tab. 13

	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik	Finnland	
	Insgesamt		Sonderkrankenh.		Akutkrankenh.		
1965	1302 [8]	1385 [6]					Ges. zentr.
1970	1461	1759	161 [34]	191 [4]	1300 [36]	1568 [4]	
1972	1515	1890					215 [4]
1973	1541	1889	180 [37]	207	1361 [37]	1682	244
1974	1590	1862					238
1975	1621	1832	201 [22]	192	1421 [22]	1640	248
1976	1667	1888 [2]	193 [8]	222 [2]	1474 [8]	1666 [2]	317 [2]
1977	1712 [46]	1975 [45]	199 [46]	227 [45]	1512 [46]	1748 [45]	339 [46]

1977 waren bei den Krankenhäusern insgesamt in Finnland mit 1975 Zugängen pro 10 000 Einwohner 263 mehr zu verzeichnen als in der Bundesrepublik mit 1712 Aufnahmen. Die Entwicklung seit 1965 zeigt, daß schon 1965 die finnischen Krankenhäuser häufiger aufgesucht wurden als die deutschen, wenngleich der Unterschied noch nicht so groß war. Er vergrößerte sich in der zweiten Hälfte der 60-iger Jahre, weil in diesem Zeitraum die Krankenhaushäufigkeit in Finnland um fast 400/10 000

Abb. 8 u. 9 Die Krankenhaushäufigkeit/10 000 Einwohner in Finnland und der Bundesrepublik in der Entwicklung von 1965 bis 1977



Einwohner, in der Bundesrepublik nur um ca. ein Drittel dieses Betrages stieg. Auch im internationalen Vergleich liegen die Finnen mit ihrer Krankenhaushäufigkeit weit an der Spitze. Schweden, das in einem internationalen Vergelich auf dem zweiten Platz rangierte, hatte 1971 eine schon um 90 geringere Aufnahmezahl als Finnland. 25)

Zwischen 1972 und 1976 nahm die Krankenhaushäufigkeit in Finnland leicht ab im Gegensatz zu der in der Bundesrepublik, wo sie seit 1972 ständig im Zunehmen begriffen ist. Die große Zahl der Zugänge in finnische Krankenhäuser belegt deren zentrale Stellung in Finnland. Die naheliegende Vermutung, die direkte Selbstbeteiligung der Patienten am Krankenhausaufenthalt wirke sich insofern aus, daß diese weniger häufig ein Krankenhaus aufsuchen bzw. eingewiesen werden, trifft somit nicht zu.

Ähnlich verhalten sich die Krankenhausaufnahmen bei den Akutkrankenhäusern. 1977 differierten die Zugänge in Akutkrankenhäusern um fast den gleichen Betrag wie bei allen Krankenhäusern zusammengenommen, d.h. um 226. Das bedeutet, daß die unterschiedliche Krankenhaushäufigkeit zum allergrößten Teil auf die häufigeren Aufnahmen in Akutkrankenhäuser in Finnland zurückzuführen ist. Auch verlief die Entwicklung in den Jahren 1970 bis 1977 ähnlich: Zunahme der Krankenhausaufnahmen in der Bundesrepublik um 212, in den Jahren 1973 bis 1977 stärker anwachsend als zuvor. In Finnland war eine Absolutzunahme seit 1970 um 180 Aufnahmen zu verzeichnen.

Die Aufnahmen in Sonderkrankenhäuser sind in Finnland von 1970 bis 1977 angestiegen und lagen 1977 um 36 Zugänge höher als 1970. In der Bundesrepublik stiegen die Krankenhausaufnahmen bis 1975 an und lagen 1975 sogar über der Häufigkeit in Finnland. 1977 waren die Zugänge in deutsche Sonderkrankenhäuser wieder auf 199/10 000 Einwohner gesunken und lagen damit um 28 niedriger als in Finnland.

Einer speziellen Entwicklung unterlagen die Bettenabteilungen der finnischen Gesundheitszentren, die seit ihrer Einführung 1972 immer mehr Aufnahmen zu verzeichnen hatten und in Finnland die am stärksten zunehmende Tendenz aufweisen. Diese Entwicklung wird sich, wie man mir versicherte, in den kommenden Jahren fortsetzen.

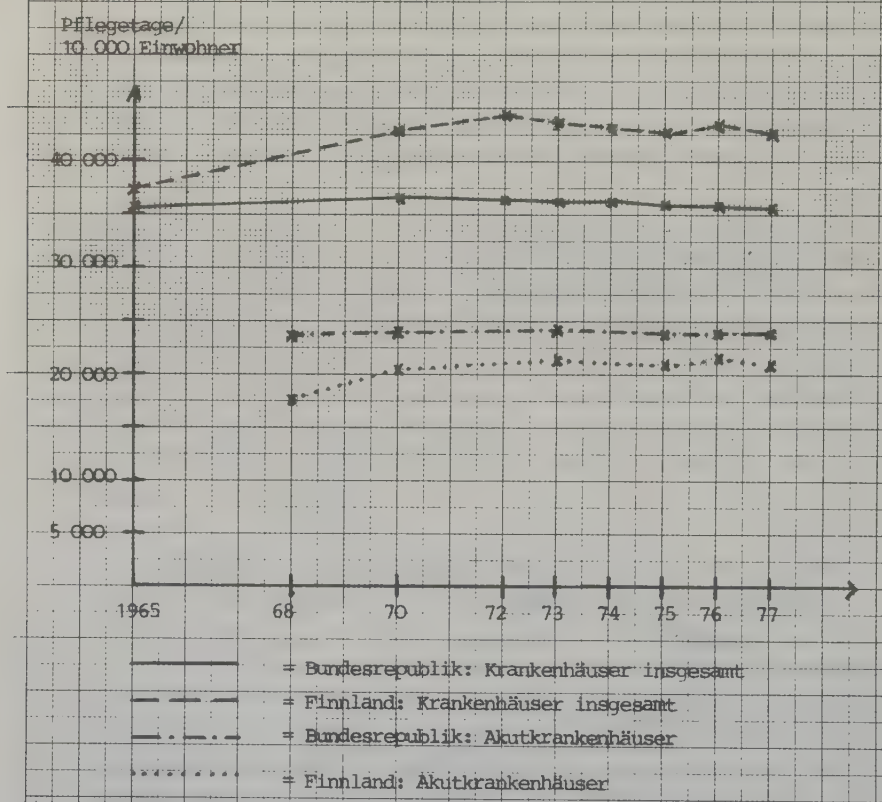
5.2 Geleistete Pflegetage

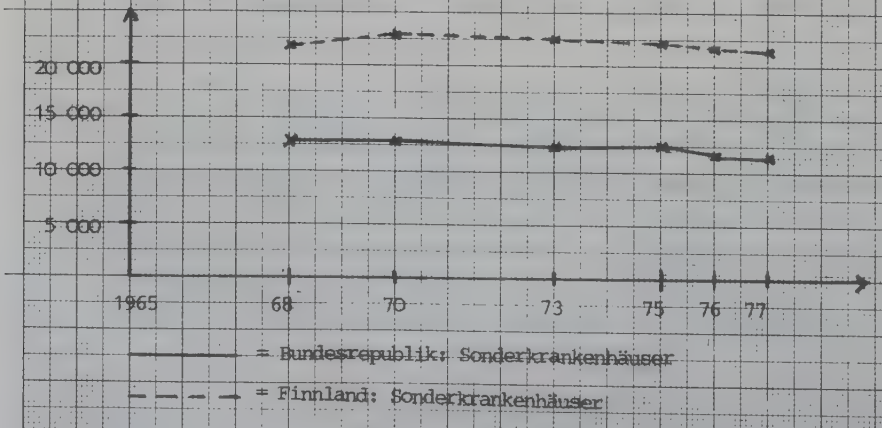
Die auf 10 000 Einwohner geleisteten Pflegetage in Finnland und in der Bundesrepublik in der Entwicklung von 1965 und 1977

Tab. 14

	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik	Finnland	
	Insgesamt		Sonderkrhs.		Akutkrhs.		
1965	35667[8]	37384[19]					davon
1968			12531[39]	21756[19]	23697[39]	17754[19]	Ges.
1970	36410	42918	12527[34]	22840	23883[34]	20077	zentr.
1972	36275	44290					3433[19]
1973	36061	43686	12057[37]	22457	24003[37]	21227	4005
1974	36112	43065					4324
1975	35978	42768	12248[22]	22019	23729[22]	20745	4648
1976	35744	43330[2]	11772[8]	21820[2]	23972[8]	21510[2]	7090
1977	35657[46]	42440[45]	11700[46]	21480[45]	23957[46]	20960[45]	7740[45]

Abb. 10 u. 11 Geleistete Pflegetage/10 000 Einwohner in Finnland und der Bundesrepublik in der Entwicklung von 1965 bis 1977





In allen Krankenhäusern zusammengenommen wurden in der Bundesrepublik 1977 35 657 Pflegetage auf 10 000 Einwohner geleistet. In Finnland mit 42 440 ca. 7 000 mehr. 1965 betrug der Unterschied nur ca. 1 700; die entscheidende Auseinanderentwicklung spielte sich wie bei der Krankenhaushäufigkeit in der zweiten Hälfte der 60-iger Jahre ab, als in Finnland viele Krankenhäuser neu gebaut bzw. erweitert wurden.

Seit 1973 ist die Tendenz der insgesamt geleisteten Pflegetage in Finnland ebenso rückläufig wie in der Bundesrepublik. Die Aufschlüsselung der Zahlen in Akut- und Sonderkrankenhäuser macht deutlich, daß hier erhebliche Unterschiede zwischen beiden Ländern bestehen. So leisteten die Akutkrankenhäuser in Finnland 1977 20 960 Pflegetage, in der Bundesrepublik 23 957, also ca. 3 000 weniger.

Obwohl die finnischen Akutkrankenhäuser 1977 14 % mehr Patienten aufnahmen, benötigten sie 12 % weniger Pflegetage für deren Versorgung. Das läßt den Schluß zu, daß sie in kürzerer Zeit mehr Patienten behandeln. Dies wiederum läßt vermuten, daß die Verweildauer in finnischen Akutkrankenhäusern kürzer ist als in bundesdeutschen.

Interessant ist hierbei, daß die Gesundheitszentren einen relativ steilen Anstieg der Pflegetage aufweisen: von 3 433 im Jahre 1972 auf 7 740 im Jahre 1977. Ihre wachsende Bedeutung in der stationären Versorgung wird dadurch deutlich. 1977 leisteten sie bereits 37 % der Pflegetage im Akutbettenbereich.

Groß dagegen ist der Unterschied der geleisteten Pflegetage im Sonderpflegebereich. 1977 war die Zahl der Pflegetage in den deutschen Sonderkrankenhäusern 11 700 gegenüber 21 480 in den finnischen Sonderkrankenhäusern deutlich geringer.

Dieses Verhältnis erklärt die hohe Zahl der insgesamt in finnischen Krankenhäusern geleisteten Pflegetage. In Finnland wird daher versucht, durch alternative Modelle, z.B. durch die sog. "offene Psychiatrie" den Pflegeaufwand im Sonderkrankenhausbereich einzuschränken. 2)

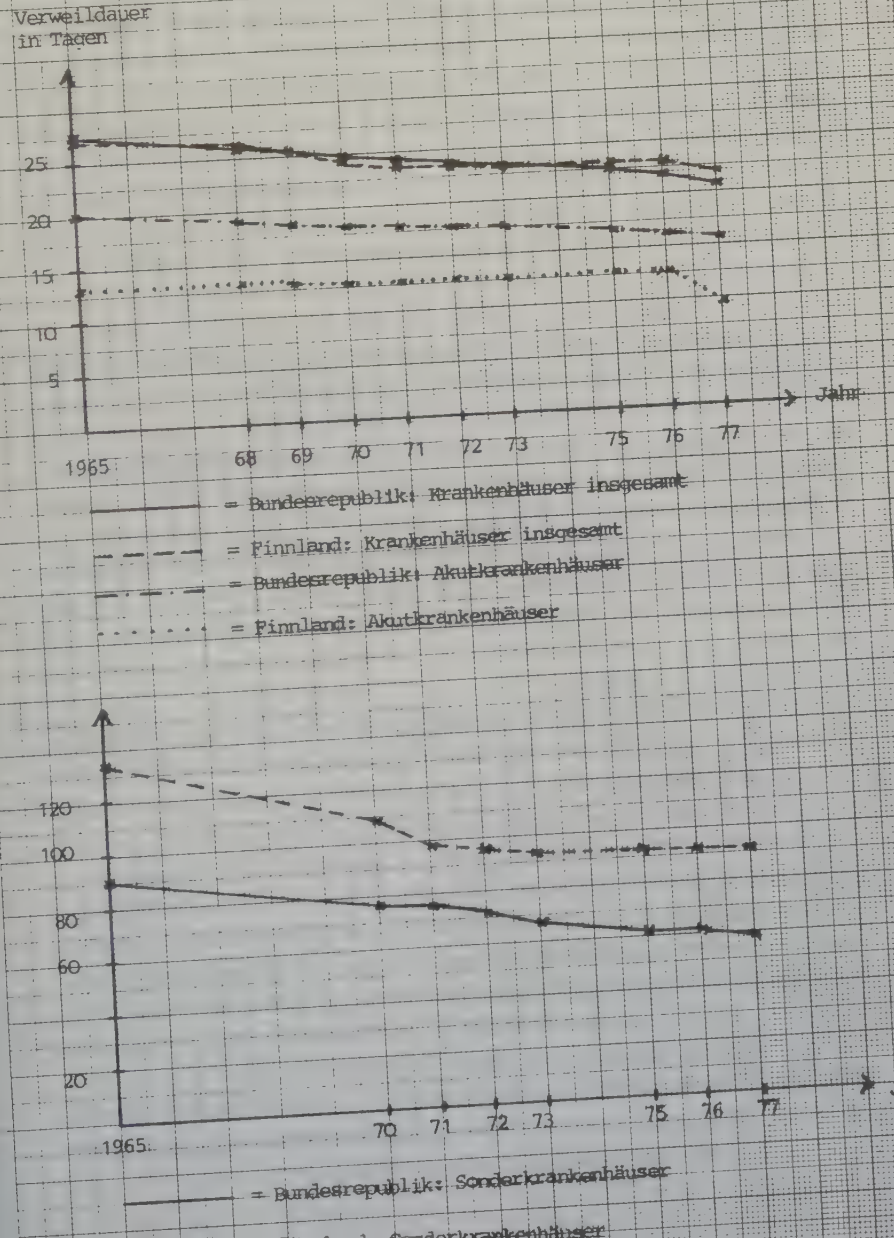
5.3 Durchschnittliche Verweildauer

Durschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern der Bundesrepublik und Finnland in der Entwicklung von 1965 bis 1976

Tab. 15

	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik	Finnland		Bundesrepublik	Finnland
	Insgesamt		Akutkrhs.			Sonderkrhs.	
1965	27,4 [39]	27,0 [19]	20,0 [38]	13,2 [19]		90,2 [39]	133,3 [19]
1968	25,9	26,4	19,0	13,2			
1969	25,3	25,1	18,6	13,0			
1970	24,9	24,4	18,3	12,8	Ges.	77,8	107,3
1971	24,3	23,5	17,9	12,6	zentr.	75,4	98,0
1972	23,9	23,4	17,8	12,7	15,9 [19]	71,5	95,6
1973	23,4 [37]	23,1	17,6 [37]	12,6	16,4	66,9 [37]	93,0
1975	22,4 [22]	23,2	16,7 [22]	12,7	20,0	60,8 [22]	93,0
1976	21,5 [8]	23,0 [2]	16,3 [8]	12,5 [2]	22,0 [2]	61,2 [8]	93,0 [2]
1977	20,8 [46]	22,0 [45]	15,8 [46]	9,5 [45]	23,0 [45]	58,7 [46]	93,0 [45]

Abb. 12 u. 13 Durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern der Bundesrepublik und Finnland in der Entwicklung von 1965 bis 1977



Die Verweildauer in den bundesdeutschen Akutkrankenhäusern ist ein Hauptansatzpunkt der Kritik am Krankenhauswesen. In Verbindung mit den Tabellen 13 und 14 und oben Ausgeführtem ergibt sicht, daß die deutschen Akutkrankenhäuser eine im Vergleich zu den finnischen Akutkrankenhäusern längere Verweildauer haben.

Vergleicht man die Verweildauer in den Krankenhäusern insgesamt, so waren in Finnland 1977 die Patienten durchschnittlich 1,2 Tage länger im Krankenhaus als in der Bundesrepublik. Doch hat sich dieses Verhältnis erst im Jahre 1975 eingestellt, vorher war es meistens umgekehrt. 1965 z.B. war die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 27 Tage in Finnland, 27,4 Tage in der Bundesrepublik.

Die jeweiligen Vergleichzahlen für die Akutkrankenhäuser hingegen machen deutlich, daß die Verweildauer in deutschen Akutkrankenhäusern länger ist. So hielten sich 1977 die Patienten in den deutschen Akutkrankenhäusern 6,3 Tage länger. auf als in den finnischen. 1965 ware es sogar 7 Tage länger. Infolge intensiver Bemühungen gelang es, gerade zwischen 1973 und 1977, die Verweildauer in den deutschen Akutkrankenhäusern um 1,8 Tage zu senken.

In Finnland hat sich die Verweildauer in den Jahren 1965 bis 1976 kaum geändert. Erst von 1976 zu 1977 konnte die Verweildauer um genau 3 Tage gesenkt werden.

Die Tabelle belegt außerdem die bereits geäußerte Vermutung, daß die größere Krankenhaushäufigkeit in finnischen Akutkrankenhäusern durch eine kürzere Verweildauer ausgeglichen wird, so daß die geleisteten Pflegetage insgesamt weniger sind als in den deutschen Akutkrankenhäusern. (Vgl. Tab. 14) Als ein Hauptgrund für die lange Aufenthaltsdauer eines Patienten im deutschen Akutkrankenhaus wir die in der Bundesrepublik mangelnde Integration von ambulanter und stationärer Versorgung von verschiedener Seite angeführt.

In Finnland wird ein Patient von der Poliklinik des gleichen Krankenhauses in die betreffende Station oder in den Gesundheitszentren in den stationären Bereich desselben überwiesen. Das bedeutet, daß die zeitaufwendige Prozedur der Voruntersuchung, wie sie in der Bundesrepublik während des Krankenhausaufenthaltes vorgenommen wird, in den Aufgabenbereich der ambulanten Versorgung fällt und somit die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus selbst verkürzt wird. Wie mir im persönlichen Gespräch mit Beteiligten versichert wurde, arbeiten die Polikliniken in den finnischen Akutkrankenhäusern zufriedenstellend.

Aufschlußreich ist die Entwicklung bei den Bettenabteilungen der finnischen Gesundheitszentren, deren Verweildauer innerhalb von 5 Jahren über 5 Tage gestiegen ist, und somit eine umgekehrte Entwicklung aufweisen wie die Akutkrankenhäuser. Diese Entwicklung ist auf die Aufnahme von leichtbehandelbaren chronisch Kranken zurückzuführen, die mit geringerem Kostenaufwand als in den teureren Akutkrankenhäusern adäquat versorgt werden können. Ein solcher institutionalisierter Bereich der Minimalpflege fehlt in den bundesdeutschen Krankenhäusern.

Untersuchungen des deutschen Krankenhausinstitutes haben ergeben, daß zwischen 20 und 30 % aller Patienten aufgrund des Grades ihrer Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit in einen Bereich der Minimalpflege verlegt werden könnten. 40)
Es erscheint mir denkbar, in Krankenhäusern Pflegebereiche einzurichten, die Leicht- und Minimalpflege gewährleisten können. In ihnen könnten mit geringerem Personal- und Kostenaufwand Pflegefälle adäquat versorgt werden. Denkbar wäre es auch, außerhalb der Krankenhäuser derartige Pflegebereiche der Leicht- und Minimalpflege einzuführen.

Unvergleichlich höher ist die Verweildauer in den finnischen Sonderkrankenhäusern im Vergleich zu den deutschen. 1977 war

ein finnischer Patient mit 93 Tagen über 34 Tage länger im Sonderkrankenhaus als ein bundesdeutscher Patient mit 58,7 Tagen. Diese hohe Differenz erklärt auch die in Finnland insgesamt größere Verweildauer in Krankenhäusern. Auch ist die Tendenz längst nicht so stark im Fallen begriffen wie in der Bundesrepublik.

Zur Vermutung, daß die Selbstbeteiligung des Patienten an seinem Krankenhausaufenthalt sich auf die Verweildauer auswirken würde, waren widersprüchliche Aussagen zu hören. Im großen und ganzen bekam ich den Eindruck, auch im Gespräch mit Patienten, daß solche Überlegungen zumindest bei der Krankenhausaufnahme keinen nennenswerten Einfluß hatten, sondern erst nach längerem Aufenthalt.

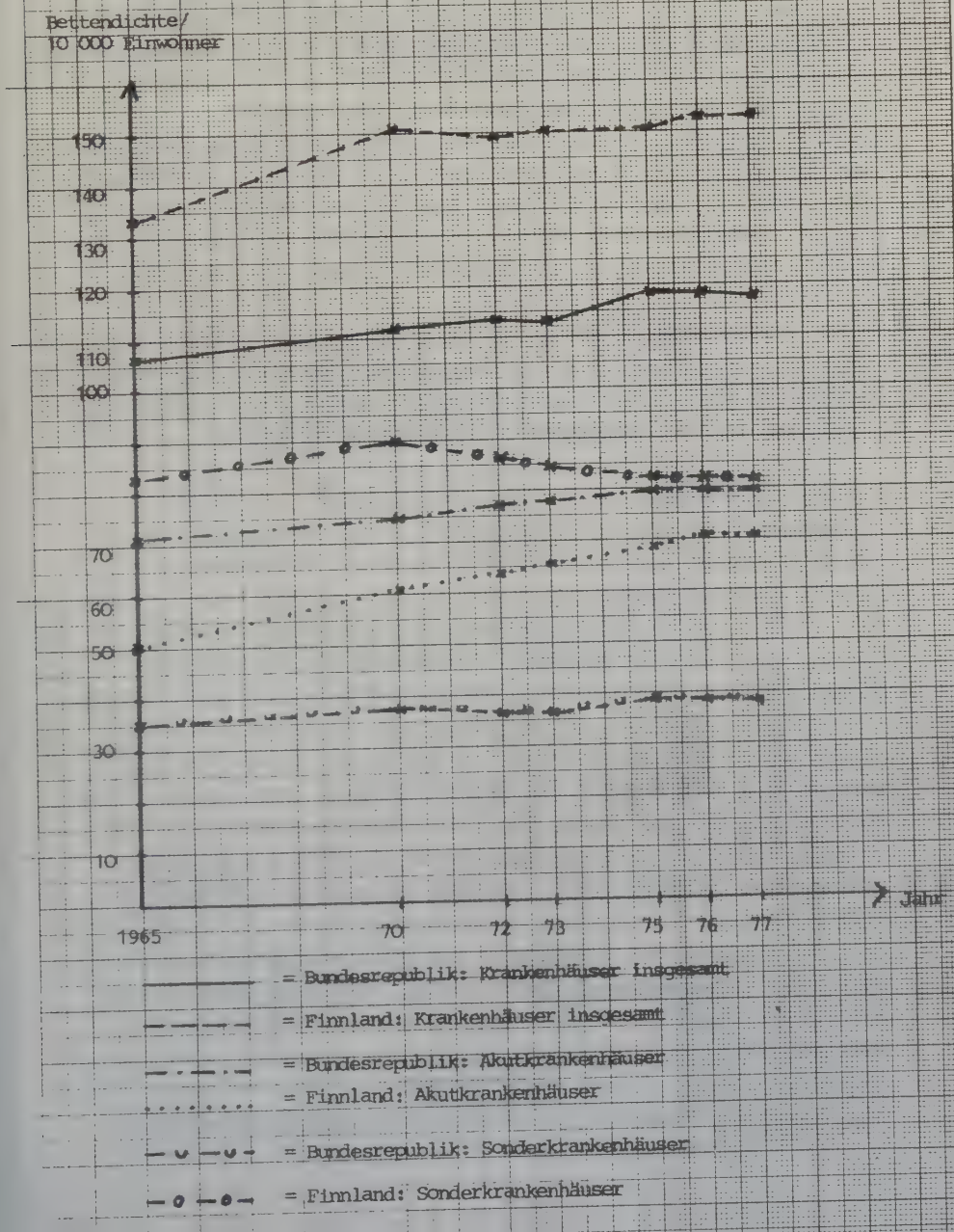
5.4 Bettendichte

Bettendichte/10 000 Einwohner in Krankenhäusern der Bundesrepublik und Finnland in der Entwicklung von 1965 bis 1977

Tab. 16

	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik	Finnland		Bundesrepublik	Finnland
	Insgesamt		Akutkrhs.			Sonderkrhs.	
1965	106,5 [7]	133,4 [19]	71,4 [7]	50,0 [19]	davon Ges.	35,1 [22]	83,4 [19]
1970	112,0 [25]	150,9	74,9 [25]	60,9	zentr.	37,1 [25]	90,0
1972	113,5	149,7	76,9	63,9	10,1 [4]	36,5	86,2
1973	113,9	150,2	77,5	65,2	12,3	36,4	84,9
1975	118,4 [22]	150,7	79,4 [22]	68,5	14,3	38,9 [22]	82,2
1976	118,3 [8]	153,0 [2]	79,7 [8]	71,0 [2]	22,2 [2]	38,6 [8]	82,0 [2]
1977	117,8 [46]	153,0 [45]	79,5 [44]	71,0 [45]	23,0 [45]	38,3 [46]	82,0 [45]

Abb. 14 Bettendichte/10 000 Einwohner in Krankenhäusern der Bundesrepublik und Finnland in der Entwicklung von 1965 bis 1977



Die Vergleichzahlen für alle Krankenhäuser zusammen zeigen, daß schon 1965 in Finnland auf 10 000 Einwohner mit 133,4 27 Betten mehr kamen als im gleichen Jahr in der Bundesrepublik mit 106,5 Betten. Bis 1970 konnte in Finnland die Bettendichte auf 150,9 ausgebaut werden und ist bis 1977 auf 153,0 Betten gestiegen. In der Bundesrepublik war seit 1965 ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen, lag aber 1977 um über 35 Betten niedriger als in Finnland, das mit anderen skandinavischen Ländern wie Schweden, Norwegen in bezug auf die Bettenversorgung an der Weltspitze liegt. 43)

In der Bundesrepublik und Finnland wird sich die Bettendichte kaum mehr wesentlich nach oben hin verändern, in der Bundesrepublik steht statt einem Nettozuwachs sogar eine tendenzielle Senkung der Bettenzahl zur Diskussion. 25)

Die Aufschlüsselung der Bettendichte in Akut- und Sonderkrankenhäuser ergibt, wie Tabelle 10 bereits vermuten ließ, daß in Finnland die Sonderkrankenhausbetten den größeren Anteil, in der Bundesrepublik den kleineren Anteil an der Gesamtbettendichte haben. Im Vergleich der Akutkrankenhäuser zeigt sich demnach, daß die Akutbetten eine größere Dichte aufweisen in der Bundesrepublik als in Finnland.

So standen 1977 10 000 Finnen 71,0, 10 000 Deutschen 79,5 Akutbetten, fast 9 mehr, zur Verfügung. Seit 1965 war die Zunahme in Finnland größer als in der Bundesrepublik, in den letzten Jahren zum größten Teil durch die Betten der Gesundheitszentren bedingt. Doch gereicht die geringere Akutbettendichte offensichtlich nicht zum Nachteil: durch die Integration von ambulanter und stationärer Versorgung und der um 4 Tage kürzeren Verweildauer werden Patienten trotz einer um 11 % geringeren Bettendichte, einer 14 % höheren Häufigkeit in 12 % weniger Pflegetagen im Akutbereich behandelt.

Der Unterschied der Bettendichte bei den Sonderkrankenhäusern

ist groß. 1977 standen 10 000 Finnen 82,0 Sonderkrankenhausbetten zur Vergügung, 10 000 Bundesdeutschen nur 38,3 Betten. Seit 1965 ist in der Bundesrepublik ein leichter Anstieg zu verzeichnen, in Finnland ein geringer Abfall. Dieser Unterschied ist zum größten Teil auf die unterschiedliche Versorgung mit Psychiatriebetten zurückzuführen. (Vgl. S. 37)

5.5 Personalschlüssel in Akutkrankenhäusern

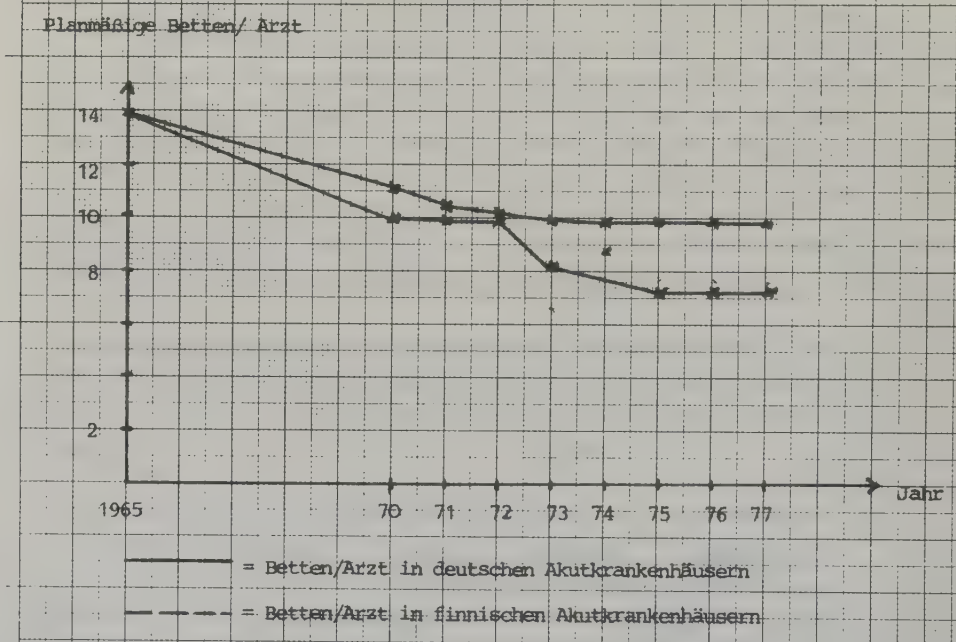
Planmäßige Betten je Arzt und Pflegeperson in Akutkrankenhäusern der Bundesrepublik und Finnland in der Entwicklung von 1965 bis 1977

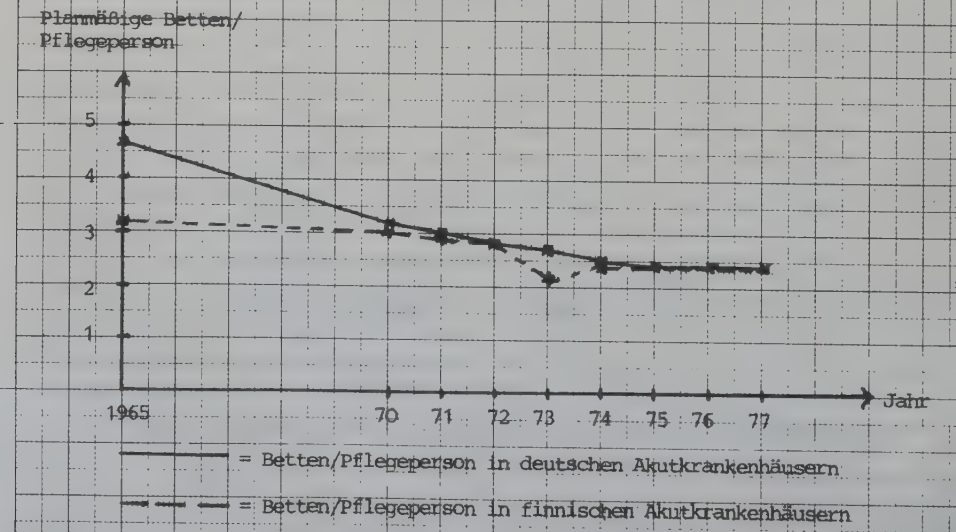
Tab. 17

	Bundesrepublik	Finnland	Bundesrepublik	Finnland
	Bett/Arzt		Bett/Pflegeperson	
1965	13,9 [22]	14,0 [5]	4,7 [22]	3,2 [5]
1970	11,1	10,0	3,2	3,0
1971	10,5	9,9 [6]	3,0	2,8 [6]
1972	10,2	9,8 [5]	2,8	2,8 [5]
1973	9,9	8,2	2,7	2,2
1974	9,5	8,9	2,5	2,4
1975	9,1	7,2	2,4	2,4
1976	9,0 [8]	7,2 [5]	2,4 [8]	2,4
1977	8,8 [46]	7,2 [45]	2,4 [46]	2,4 [45]

Für einen Vergleich des Personalschlüssels in Krankenhäusern habe ich das Verhältnis von Ärzten und Pflegepersonal in

Abb. 15 u. 16 Planmäßige Betten je Arzt und Pflegeperson in Akutkrankenhäusern der Bundesrepublik und Finnland in der Entwicklung von 1965 bis 1977





deutschen und finnischen Akutkrankenhäusern gewählt. In dieser Statistik blieben die Gesundheitszentralen unberücksichtigt, weil die in ihnen tätigen Ärzte und Krankenschwestern gleichzeitig im ambulanten und stationären Bereich tätig sind. Dies ist teilweise auch in den Allgemeinkrankenhäusern der Fall, aber zum einen nur bei den Ärzten und zum zweiten bei weitem nicht in dem Ausmaß wie in den Gesundheitszentren.

Die Statistik zeigt, daß 1965 in den finnischen Akutkrankenhäusern 1 Arzt 14 Betten zu versorgen hatte, in bundesdeutschen Akutkrankenhäusern 1 Arzt 13,9 Betten. Bis 1970 kehrt sich das Arzt/Bettenverhältnis entscheidend zugunsten Finnlands um und 1977 hatte ein finnischer Arzt mit 7,2 Betten fast 2 Betten weniger zu versorgen als ein deutscher Krankenhausarzt mit 8,8 Betten. Dies hängt, wie bereits erwähnt, damit zusammen, daß in Finnland die meisten Ärzte als vom Staat angestellte im Krankenhaus arbeiten und nur ein geringer Teil frei praktiziert, im Gegensatz zur Bundesrepublik, wo sich frei praktizierende und Krankenhausärzte in etwa die Waage halten. 3) Das heißt auch, daß der Schwerpunkt der medizinischen Versorgung in Finnland im Krankenhaus mit seinen Ambulatorien liegt. Insgesamt gesehen hat Finnland eine geringere Arztdichte als die Bundesrepublik (s.S. 3).

Beim Pflegepersonal in Akutkrankenhäusern liegen die Verhältnisse etwas anders. 1965 hatte in Finnland eine Krankenschwester 3,2 Betten zu versorgen, in der Bundesrepublik dagegen 4,7 Betten. Bis 1976 glich sich diese Differenz aus und 1977 hatten eine deutsche und finnische Krankenschwester je 2,4 Betten zu versorgen, wobei 1973 dieses Verhältnis in Finnland bereits auf 2,2 gesunken war, in der Bundesrepublik dagegen kontinuierlich sank. Vom Gesamtpersonal her, d.h. Ärzte und Pflegepersonal zusammengerechnet, herrscht in finnischen Akutkrankenhäusern eine bessere Versorgung als in deutschen Akutkrankenhäusern.

Z U S A M M E N F A S S U N G

Ambulante und stationäre Versorgung sind in Finnland zum größten Teil über Polikliniken in den Krankenhäusern und über Gesundheitszentren miteinander integriert. Der Anteil der frei praktizierenden Ärzte ist gering im Gegensatz zur Bundesrepublik, wo die freien Kassenärzte den Hauptanteil der ambulanten Versorgung tragen. Polikliniken existieren in der Bundesrepublik nur in Universitätskliniken, d.h. ambulante und stationäre Versorgung sind in großem Maße voneinander getrennt.

Das finnische Krankenhauswesen ist homogen und wird hauptsächlich von Staat und Kommunen getragen. Die privaten Träger spielen nur eine untergeordnete Rolle. Das deutsche Krankenhauswesen ist heterogen und setzt sich der Größe nach aus öffentlichen, freien gemeinnützigen und privaten Trägern zusammen. Dabei klaffen an deutschen Krankenhäusern Bettenanzahl und Zahl der Krankenhäuser bedeutend weiter auseinander als bei den finnischen Krankenhäusern. Während in Finnland der Anteil der Privatkrankenhäuser zurückgegangen ist, nahm er in der Bundesrepublik zu. Die frei gemeinnützigen Krankenhäuser der Bundesrepublik haben in Finnland keine Entsprechung. Die öffentlichen Krankenhäuser verfügen in beiden Ländern über die größte Bettenzahl.

In Finnland werden in offiziellen Statistiken 4 Krankenhaustypen unterschieden: Allgemeinkrankenhäuser, Tuberkulosesanatorien, Psychiatrische Kliniken und Institutionskrankenhäuser. Die drei ersten Typen bilden eigene territoriale Versorgungsgebiete. In der Bundesrepublik werden die Krankenhäuser in Akut- und Sonderkrankenhäuser aufgeteilt, die sich jeweils in mehrere Untergruppen gliedern. Die Akutkrankenhäuser sind in Finnland einheitlich in einem abgestuften System verteilt, in der Bundesrepublik variiert

die Abstufung von Bundesland zu Bundesland. Keine Entsprechung in der Bundesrepublik haben die als unterste Versorgungseinheiten fungierenden Bettenabteilungen der finnischen Gesundheitszentren, die den Bereich der Minimalpflege abdecken. Auch die Tbc-Sanatorien und die Psychiatrischen Kliniken in Finnland verfügen über Polikliniken. Die Institutionskrankenhäuser in Finnland entsprechen zum allergrößten Teil zusammen mit den Tuberkulosesanatorien und Psychiatrischen Kliniken den unter Sonderkrankenhäuser aufgeführten Kliniken in der Bundesrepublik. Die finnischen Sonderkrankenhäuser haben jedoch einen weit größeren Anteil am Gesamtbettenangebot als die deutschen, wobei der Anteil in der Bundesrepublik konstant geblieben ist, in Finnland sich von 1965 bis 1977 zugunsten der Akutbetten verschoben hat.

Die Investitionskosten der Krankenhäuser werden in Finnland nach einer offiziellen Klassifikation von Staat und Kommunen, in der Bundesrepublik von Bund und Ländern getragen. Die Unterhaltungskosten der finnischen Krankenhäuser bestreiten zum größten Teil Staat und Kommunen, zu einem geringen Prozentsatz der Patient selbst. In der Bundesrepublik bezahlen die Krankenkassen nach dem Selbstkostenprinzip die Pflegekosten der Krankenhäuser.Seit dem Kostendämpfungsgesetz 1977 müssen sich jedoch die Krankenhäuser bei den Krankenkassen bewerben, so daß hauptsächlich die privaten und freien gemeinnützigen Krankenhäuser Schwierigkeiten bekommen werden, sich den festgelegten Pflegekosten der Krankenkassen zu beugen.

Sowohl in Finnland als auch in der Bundesrepublik ist die Kostensteigerung der stationären Versorgung größer als die der ambulanten, wobei die Kostenzuwachsrate der deutschen Krankenhäuser geringer war als die der finnischen. Auch bei den Pflegesätzen war nach den großen Steigerungsraten 1973/74 nach Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes die Kostensteigerung in den deutschen Allgemein-

krankenhäusern geringer als in den finnischen Krankenhäusern.

Die finnischen Krankenhäuser werden weit öfters aufgesucht als die deutschen, was auf die größere Krankenhaushäufigkeit in den Akutkrankenhäusern zurückzuführen ist. Trotzdem ist die Anzahl der in den finnischen Akutkrankenhäusern geleisteten Pflegetage geringer als in den deutschen, was durch die um 4 Tage kürzere Verweildauer in denselben erreicht wird. Bei den Sonderkrankenhäusern verhält es sich jeweils umgekehrt. Vom Bettenabgebot her verfügt Finnland über die größere Bettendichte, was auf das größere Bettenangebot im Sonderpflegebereich zurückzuführen ist. Das Akutbettenangebot ist in der Bundesrepublik jedoch größer. Das Verhältnis von Arzt/Patient ist in finnischen Akutkrankenhäusern günstiger als in deutschen, das von Pflegeperson/Patient in Akutkrankenhäusern gleich.

Literaturverzeichnis

1) Statistisches Bundesamt: Das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland im internationalen Vergleich, 1. Aufl. Stuttgart, Mainz: Kohlhammer 1972

2) Medicinalstyrelsen: Medicinalstyrelsens verksamhetsberättelse 1976, Helsinki: Statens tryckericentral 1977

3) Reiners, H. und V. Volkholz: Das Gesundheitswesen in der BRD, 1. Aufl. Hamburg/Berlin: VSA 1977

4) Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1977 für die Bundesrepublik, 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 1977

5) Sairaalaliitto: Suomen Sairaalatalous 1976, Vantaa: Kunnallispaino 1977

6) National Board of Health: Public Health and Medical Care 1969 - 70. The official statistics of Finland, Helsinki: Government printing centre 1974

7) Statistisches Bundesamt: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland - Zahlen, Schaubilder, Übersichten, 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 1970

8) Naegele, I.: Die neueste Krankenhausstatistik, Das Krankenhaus 70, 149 - 153 (1978)

9) Presseabteilung des finnischen Außenministeriums: Blick auf Finnland, 1. Aufl. Helsinki: Sanoma-paino 1978

10) Lääkontöhallitus: Health and Health Services in Finland, Helsinki: AUPHA-Institute 1975

11) Simola, H.: The finnish hospital system, Espoo: AUPHA-Institute 1975

12) AUPHA-Institute: Presentation of the Tuusula communal Health Centre Tuusula, Finland, Espoo: AUPHA-Institute 1975

13) Sairaalatiitto: Suomen Sairaalatalous 1975, Vantaa: Kunnallispaino 1976

14) Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Daten des Gesundheitswesens - Ausgabe 1977 -, 1. Aufl. Kandel: Heitzer 1977

15) National Board of Health: Review of public health and medical care developments, Helsinki: Government printing centre 1975

16) Deutsche Krankenhausgesellschaft: Kostendämpfung ohne staatlichen Druck, Das Krankenhaus 70, 256 (1978)

17) Rüther, B.: Krankenhaus und Politik, 1. Aufl. Köln: Kohlhammer 1973

18) Vauhkonen, O. und G. Bäckman: Sairaalalaitos 1960-luvulla, Helsinki: Erweko 1973

19) National Board of Health: Year book of National Board of Health 1971 - 1977. The official statistics of Finland, Helsinki: Government printing centre 1978

20) Clade, H.: Das kranke Krankenhaus, 1. Aufl. Köln: DIV 1973

21) Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit: Gesundheitsbericht, 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 1971

22) Huschenbeth, I.: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland im Spiegel der Statistik, Das Krankenhaus 69, 83 - 87 (1977)

23) Suomen Kunnallisliiton ja Finlands Svenska Kommunförbundin: Terveykeskusten Taloustilasto 1975, Vantaa: Kunnallispaino 1976

24) Lääkintöhallitus: Lääkintöhallituksen Toimintakertomus 1975, Helsinki: Valtion Painatuskeskus 1976

25) Bundesregierung: Bericht der Bundesregierung über die Auswirkungen des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG), 1. Aufl. Bonn: Heger 1976

26) Noro, L.: Health Services in Finland, Helsinki: Kiviranta 1976

27) Brandecker,K.: Zur Reform des Krankenhauswesens. - Das Interesse des Krankenhauses am Selbstzahler, 1. Aufl. Köln: PKV 1974

28) Deutsche Krankenhausgesellschaft: Die aktuelle Information, Das Krankenhaus 69, 79 - 80 (1977)

29) Müller, H.W.: Mehr als 2 000 Krankenhäuser sind in Gefahr, Das Krankenhaus 69, 122 - 124 (1977)

30) Vauhkonen, O.: Reditribution of Hospital Costs, Porvoo: Söderström 1961

31) Foundation for Education in Hospital Administration: Facilities, Services and Costs of Hospitals in Finland - Summary for 1963, Helsinki: Maalaiskuntien liiton 1965

32) Bundestag: Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklung und zur Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz-KVKG), Bundesgesetzblatt 1977, 1069 - 1084

33) Harsdorf, H. und G. Friederich: Krankenfinanzierungsgesetz - Textausgabe mit Material zur Entstehungsgeschichte und einer erläuternden Einführung, 1. Aufl. Köln: Kohlhammer 1972

34) Tenhumberg, H.: Das kirchliche Krankenhaus in der Diskussion über die Kostendämpfung im Gesundheitswesen, Das Krankenhaus 69, 124 - 127 (1977)

35) Müller, H.W.: Will man das Krankenhausfinanzierungsgesetz außer Kraft setzen? Das Krankenhaus 69, 1 - 5 (1977)

36) Christian, W.: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland im Spiegel der Statistik, Das Krankenhaus 64, 93 - 99 (1972)

37) Christian, W.: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland im Spiegel der Statistik, Das Krankenhaus 67, 122 - 128 (1975)

38) Christian, W.: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland im Spiegel der Statistik, Das Krankenhaus 62, 124 - 128 (1970)

39) Christian, W.: Das Krankenhauswesen in der Bundesrepublik Deutschland im Spiegel der Statistik, Das Krankenhaus 66, 143 - 148 (1974)

40) Swertz, P.: Kostenprobleme des Krankenhauses, Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Präventivmedizin 56, 49 - 55 (1975)

41) Beck, C.H.: Reichsversicherungsordnung - Sozialgesetzbuch, 3. Aufl. Nördlingen: Beck 1977

42) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Eine stabile Rentenversicherung und eine gesunde Krankenversicherung, 1. Aufl. Bonn: Kohlhammer 1977

43) Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1978, 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 1978

44) Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch 1965, 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 1965

45) Medicinalstyrelsen: Medicinalsstyrelsens verksamhetsberättelse 1977, Helsinki: Statens tryckericentral 1978

46) Statistisches Bundesamt: Gesundheitswesen - Krankenhäuser 1977, Stuttgart: Kohlhammer 1979

47) Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft: Persönliche Mitteilungen-Krankenhauspflegesätze, Stuttgart 1979

Herrn Professor Dr. S t e u e r möchte ich an dieser Stelle herzlich für die freundliche Unterstützung bei der Arbeit danken.

Lebenslauf

Am 20. März 1952 wurde ich, Heinz Jürgen Birus, als Sohn des Betriebsschlossers Heinz Birus und seiner Frau Ruth in Stuttgart geboren. Nach vier Jahren Grundschule in Amberg trat ich daselbst in das Erasmus–Gymnasium ein, wo ich im Juni 1972 mein Abitur ablegte. Am 15.4.1973 begann ich mit dem Studium der Humanmedizin an der Johann–Wolfgang–von–Goethe–Universität in Frankfurt am Main. Im Oktober 1973 wechselte ich an die Eberhard–Karls–Universität in Tübingen und bestand dort am 25.8.1975 das Physikum. Den ersten Teil des Staatsexamens legte ich am 31. 8. 1976 und den zweiten Teil am 15.3.1979 ab. Der dritte Teil des Staatsexamens wurde abgelegt am 22.4.1980.